

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

SAMANA VERGARA LOPE TRISTAN

DIRECTOR DE REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

JURADO DE EXAMEN: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

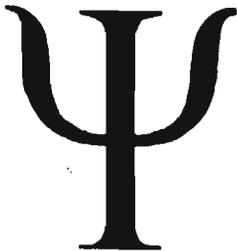
DRA. LAURA HERNADEZ GUZMAN

DRA. ISABEL REYES LAGUNAS

MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA



MEXICO, D. F.

2005

m. 340007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dedico este trabajo a mis padres:

Gracias por su ejemplo de responsabilidad y libertad.

Los amo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

A la Facultad de Psicología.

Al programa de Maestría en Psicología Profesional residencia en Medicina Conductual.

A mis profesores y supervisores en el programa, en especial a mi tutor Leonardo Reynoso y a la Dra. Dulce Martínez.

A todos mis compañeros de grupo, en especial a Vero.

A Valeria, Sara, Naimed y Demian.

A mi Daniel y a todos mis amigos.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I. PSICOLOGÍA Y SALUD	5
CAPÍTULO II. HOSPITAL DE LA MUJER	
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Características de la sede	10
1.2 Ubicación del residente de medicina conductual en la sede	12
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE	
2.1 Trabajo específico desarrollado	14
2.2 Actividades académicas dentro de la sede	30
2.3 Otras actividades profesionales no programadas en la sede	30
2.4 Asistencia a eventos académicos	31
3. EVALUACIÓN	
3.1 Supervisor in situ	31
3.2 Supervisor académico	32
3.3 De las actividades profesionales desarrolladas	32
3.4 De las competencias profesionales alcanzadas	32
4. COMENTARIOS FINALES DE LA ROTACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER	32
CAPÍTULO III. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 Características de la sede	35
1.2 Ubicación del residente de medicina conductual en la sede	36
2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE	
2.1 Trabajo específico desarrollado	40
2.2 Actividades académicas dentro de la sede	48
2.3 Otras actividades profesionales no programadas en la sede	49
2.4 Asistencia a eventos académicos	49

3. EVALUACIÓN	
3.1 Supervisor in situ _____	49
3.2 Supervisor académico _____	49
3.3 De las actividades profesionales desarrolladas _____	49
3.4 De las competencias profesionales alcanzadas _____	50
4. COMENTARIOS FINALES DE LA ROTACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA _____	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	52
ANEXO 1 _____	54
ANEXO 2 _____	78

INTRODUCCIÓN

El Presente trabajo se elaboró como parte final de la Maestría en Psicología Profesional, Residencia en Medicina Conductual, la cual llevaba el nombre de Psicología de la Salud hasta el año de 1998.

Esta residencia en Medicina Conductual comienza en el año 2000 y se lleva a cabo en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel.

La parte esencial de este trabajo consta de un reporte acerca de la residencia llevada a cabo en un periodo de dos años, dividida en dos rotaciones en dos diferentes instituciones de La Secretaría de Salud, cada una de un año.

En el capítulo uno se presentan algunos conceptos de salud, medicina conductual y psicología de la salud, así como el trabajo del psicólogo dentro de las instituciones de salud; en el capítulo dos se habla sobre el trabajo realizado en la residencia en Medicina Conductual, durante la primera rotación que tuvo como sede el Hospital de la Mujer; en el capítulo tres se aborda la labor que se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología como parte de la segunda rotación; y por último en el capítulo cuatro aparecen las conclusiones y sugerencias.

CAPÍTULO I. PSICOLOGÍA Y SALUD

Los temas de salud-enfermedad eran, en algún momento, solamente abordados, dentro del modelo médico tradicional, por los médicos de diferentes especialidades. Esta tendencia ha ido modificándose en la misma medida como la ciencia psicológica ha ido ganando terreno. Poco a poco se ha ido reconociendo el papel que juegan nuestros estados emocionales, nuestra conducta y nuestro estilo de vida, no sólo para ayudar a curar una enfermedad ya presente o en la rehabilitación de una pasada, sino también en la prevención y por supuesto en la preservación de la salud.

La salud sigue siendo el principal valor de nuestro tiempo, siendo esta entendida como un estado integral de bienestar, no sólo la salud física como antes se creía.

La salud incluye también el sentirse bien consigo mismo, con los demás y el medio que nos rodea. La salud es entonces bienestar en las tres dimensiones de la naturaleza humana: la biológica, la psicológica y la social.

En esta consideración de salud como una realidad integrada, es donde encontramos el origen del campo de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual.

La Psicología y la Medicina son las dos disciplinas o especialidades que dieron lugar al desarrollo de un nuevo ámbito especializado: el de la Medicina Conductual. Inicialmente, cuando Birk en 1973 (Oblitas & Becoña, 2000) acuñó el concepto de medicina comportamental, lo restringió al uso de las técnicas de biofeedback. Fue posteriormente en la reunión del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias en 1978 cuando se definió esta como "el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados a la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz & Weiss, 1978, p.250; en Oblitas & Becoña, 2000).

Pomerleau y Brady (1979; en Doyles, Meredith & Ciminero, 1982) propusieron que: Medicina Conductual puede ser definida como el uso clínico de técnicas derivadas de el análisis experimental

de la conducta – terapia de la conducta y modificación de conducta – para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física y disfunción psicológica; y la conducción de la investigación hacia la contribución del análisis funcional y comprensión de la conducta asociada con trastornos médicos y problemas del cuidado de la salud.

Otra definición es la de Carroles en 1993 (Simón, 1993), quien dice que la medicina conductual es el campo interdisciplinar integrado de la ciencia biomédica, la psicología, la ciencia de la conducta y la aplicación de los conocimientos y técnicas derivadas de las mismas para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad, su prevención y la potenciación de la salud.

Este ámbito aplicado de la Psicología Conductual al campo de la medicina evolucionó progresivamente a lo largo de los años setenta y ochenta.

El desarrollo del modelo bio-psico-social aplicado a la salud ha estado motivado por el cambio observado en las últimas décadas en los patrones característicos de las enfermedades en el mundo occidental, donde las antiguas enfermedades infecciosas son controladas casi en su totalidad y en su lugar han aparecido las enfermedades crónicas degenerativas, cuya principal característica es no ser producidas por agentes patógenos específicos, como en el caso de las enfermedades infecciosas, sino por causas múltiples de naturaleza psicológica, social, cultural y medioambiental. Estos cambios en el modelo de enfermedad conlleva al reconocimiento de la conducta personal de los individuos como los principales determinantes de esas enfermedades y con ello no sólo creció en importancia el papel de las ciencias de la conducta, en especial el de la Psicología, sino que, paralelamente, la asistencia ante estos problemas ha pasado asimismo de modo sucesivo desde un mero enfoque rehabilitador o terapéutico de esas enfermedades crónicas al intento de prevención de las mismas, reduciendo su duración o evitando por completo su ocurrencia (Carroles, 1993; en Simón, 1993), centrando las intervenciones en la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos y en el propio medio tanto social como ambiental que rodea a los mismos.

Reig, Rodríguez y Mira en 1987 (Latorre & Beneit, 1994), refieren que otra serie de factores han contribuido a la incorporación de la psicología a un nuevo modelo de salud:

1. La salud se considera un derecho social básico; se amplía el concepto de salud, incorporando aspectos no estrictamente médicos e incluyendo promoción, prevención y rehabilitación.
2. Durante el presente siglo se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que la gente hace. Esta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.
3. La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia del comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el área asistencial la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.
4. El enorme crecimiento de los gastos sanitarios, sin llevar pareja una mejoría en el estatus de salud de los ciudadanos, ha obligado a los planificadores sanitarios a un replanteamiento del tema; y si como nos muestra la epidemiología, la conducta es el principal contribuyente al estatus de salud, entonces, probablemente, el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación costo-utilidad, que implique ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de ésta.

Un porcentaje muy significativo de los trastornos crónicos está estrechamente vinculado a actores comportamentales. Entre ellos el abuso de alcohol y tabaco, el creciente consumo de drogas, la sobrealimentación, la falta de ejercicio físico y determinados patrones de personalidad y respuesta al estrés (Simón, 1993).

Debido a lo anterior y a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, así como una reestructuración de su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud, favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas. (Moos Tsu, 1977; en Latorre & Beneit, 1994).

En 1978 después del surgimiento de la Medicina Conductual y como consecuencia también de lo anteriormente mencionado, surge la psicología de la salud como un aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia de la psicología a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad (Oblitas & Becoña, 2000).

En general la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual han tenido como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación de la psicología científica a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como la promoción y mantenimiento de la salud. Sólo algunas diferencias han sido las que desde sus inicios han presentado ambas disciplinas. Una de ellas es que la Medicina Conductual, planteó específicamente que su labor se basaba exclusivamente en el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, mientras que la psicología de la salud habló de diferentes áreas de la ciencia de la psicología. Otra diferencia es que por influencia del surgimiento de la Psicología de la salud, es que se incorpora el concepto de prevención como parte del campo de intervención de ambas disciplinas, aunque de inicio la medicina conductual no lo hubiera planteado como parte de su terreno.

Ya en la actualidad y dentro de los hospitales, el psicólogo estudia los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad, así mismo se interesa en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de salud sobre el comportamiento de los pacientes.

El hospital debe cumplir con diversos objetivos y el psicólogo desempeña diferentes funciones dentro de éste, como las siguientes:

- Realizar diagnóstico a través de una evaluación conductual y aplicación de test psicométricos que permitan el establecimiento de un plan de tratamiento utilizando técnicas terapéuticas desde una perspectiva cognitivo-conductual.
- Brindar apoyo psicológico, control y seguimiento a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

En el hospital se brinda atención a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento, el psicólogo juega un papel de importancia en la aceptación de la enfermedad, el conocimiento de la misma y el seguimiento de su tratamiento.

Durante su estancia en el hospital, el paciente se deprime o su ansiedad aumenta, así que el psicólogo brinda apoyo terapéutico que ayuda al paciente a una mejor respuesta a sus tratamientos, sin embargo el psicólogo no es el único profesional que brinda atención al paciente, éste debe ser abordado desde una perspectiva integral y multidisciplinaria, es decir lo biológico, psicológico y social; por lo que el psicólogo debe mantener una relación y comunicación con el resto de los profesionales.

Debido a que tanto la Medicina Conductual como la Psicología de la Salud son relativamente nuevas, el desempeño de los profesionales en esta área es poco conocida, es por ello que se hace necesario que el psicólogo de a conocer la importancia de su trabajo y en que consiste su intervención dentro del hospital, tanto con el equipo de trabajo, como con el paciente y la familia de éste.

El sistema de salud en México tiene diversos escenarios en los cuales el papel del psicólogo es de suma importancia, en donde el psicólogo se centra en algunos de los siguientes temas:

- Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- Las cogniciones acerca de la salud- enfermedad.
- Las emociones que genera la enfermedad
- Comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- Afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

El psicólogo puede también realizar actividades de sensibilización y educación con el resto del equipo de salud a fin de brindar al paciente una mejor atención y al personal el desarrollo de estrategias en el ámbito del tratamiento.

CAPÍTULO II. HOSPITAL DE LA MUJER

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

La primera rotación de la residencia se realizó en el Hospital de la Mujer. Se laboró en esta Institución por un lapso de doce meses en los que se atendieron pacientes de los diferentes servicios del hospital, tanto en consulta externa como en hospitalización, por lo que se tuvo la ventaja de trabajar con pacientes de diversas patologías médicas.

1.1.1 Ubicación

Desde la época colonial hasta la fecha, el Hospital de la Mujer se ha dedicado a brindarle atención a las mujeres con alguna enfermedad. Fue un hospital para prostitutas en los años 1900 a 1910; en el mes de marzo de 1966 se clausuró el antiguo Hospital de la Mujer situado en avenida Hidalgo 42 y se inaugura el actual hospital ubicado en Salvador Díaz Mirón número 374.

1.1.2 Nivel de atención

Este es un hospital de segundo nivel de atención de especialidad en Gineco-obstetricia que brinda atención a población abierta tanto en consulta externa como en hospitalización.

El objetivo del Hospital es el de contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad de la mujer y del recién nacido; y sus funciones principales son las siguientes:

1. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades propias de la mujer y del recién nacido.
2. Atención de partos.
3. Investigación y enseñanza médica y paramédica.

1.1.3 Servicios de la sede

Los servicios con los que cuenta el hospital son: Ginecología y Obstetricia, Endocrinología, Urología, Cardiología, Oncología, Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría, Clínica de Climaterio, Clínica de Esterilidad, Odontología, PERA (Programa Educativo para Adolescentes), Rayos X y Laboratorio.

El edificio que funciona como la unidad hospitalaria del Hospital de la Mujer está constituido por cinco niveles:

Planta baja: Consulta externa con 14 consultorios, PREA (Programa Educativo para Adolescentes), UTQ (Unidad tóco quirúrgica), Cobalto Terapia, Rayos X, Endoscopias, Laparoscopias, Laboratorios, Ultrasonido, Urgencias. En la parte trasera Lavandería, Biblioteca, Farmacia, Patología, Jefatura de enseñanza, residencia médica y estacionamientos.

Primer piso: Quirófano, Unidad de Estadística, Comedor, Unidad de Lactancia Materna, Terapia Intermedia, Terapia Intensiva, Oncología, Jefatura de Enfermería y el Área de Gobierno (Dirección, Subdirección Médica y Medicina Preventiva).

Segundo piso: Área de alojamiento conjunto, Asociación de Médicos, y aulas para estudiantes.

Tercer piso: Embarazo de alto riesgo y puerperio complicado.

Cuarto piso: Se encuentra el área de neo-natología dividida de la siguiente manera: prematuros, recién nacidos sanos, recién nacidos complicados, cuidados especiales.

1.2 UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE

1.2.1 Servicio donde se encontró adscrito

Dentro del hospital no hay un área de psicología propiamente dicha, únicamente hay una psicóloga que trabaja dentro del PREA (Programa Educativo para Adolescentes), el cual se fundó hace 10 años y da atención a adolescentes de ambos sexos menores de 19 años; su objetivo es brindar orientación, asesoría, consejería y apoyo psicológico sobre planificación familiar y sexualidad.

El hospital se ha apoyado de las residentes de Medicina Conductual para cubrir las demandas de atención psicológica, aunque éstas no aparecen formalmente dentro de la estructura del hospital, solo toman forma a través del Departamento de Enseñanza.

No se contaba con un espacio físico fijo como lugar de trabajo, por lo que durante las horas de consulta externa se podían dejar las cosas en el consultorio que era asignado a las residentes de 8:00 a 11:00 a.m., pero posteriormente se utilizaba la biblioteca como depósito de las pertenencias y lugar de trabajo.

Se dependía directamente del área de Consulta externa y el Depto. de Enseñanza, aunque el trabajo se realizaba tanto en consulta externa, como en las distintas áreas de hospitalización como Puerperio Complicado, Oncología, Embarazo de Alto Riesgo, Terapia Intensiva e Intermedia, Tumores de Ovario, Cirugía, Ginecología y Alojamiento Conjunto.

1.2.2 Recursos Humanos

Residentes médicos:

Mexicanos	48
Extranjeros	4
TOTAL	52

Especialidad	R1	R2	R3	R4
Ginecología y Obstetricia	12	13	12	15

Personal Contratado:

Médicos especialistas	100
Médicos generales	5
Enfermeras Auxiliares	213
Enfermeras tituladas	189
Enfermeras especialistas	45
Personal profesional no médico	135
Personal técnico	202
Personal administrativo	303
Personal de servicios generales y mantenimiento	68
TOTAL	1206

Médicos por especialidad y subespecialidad:

ESPECIALIDAD	TURNO				
	Matutino	Vespertino	Nocturno	Sab., dom. y festivos	Total
Anatomía patológica	3	1	-	-	4
Anestesiología	7	3	12	4	26
Gineco-obstetricia	30	3	7	4	44
Medicina Interna	2	-	1	1	4
Pediatría	6	2	6	3	17
Epidemiología	2	-	-	-	2
Hematología	-	1	-	-	1
Intensivista	2	1	1	-	4
Cardiología	1	-	-	-	1

1.2.3 Autoridades

Director: Dr. José Antonio Miranda Rodríguez

Jefe de Enseñanza: Dr. Juan Luis García Benavides

Jefe de Consulta Externa: Dr. José Fernando Hernández.

1.2.4 Supervisión In Situ

Jefe de Consulta Externa: Dr. José Fernando Hernández.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

2.1 TRABAJO ESPECÍFICO DESARROLLADO

2.1.1 Marco Teórico

La enfermedad y la hospitalización son acontecimientos no programados, por lo que se constituyen como estresantes, provocando cambios en el estilo de vida. Algunos autores (Rachman & Phillips, 1975) señalan cinco respuestas características del paciente hospitalizado:

1. Ansiedad o miedo
2. Incremento de la irritabilidad
3. Pérdida del interés por el medio exterior
4. Infelicidad
5. Preocupación por los procesos corporales

El paciente pasa por diversas etapas durante las cuales necesita apoyo tanto de la familia como del personal de salud que lo atiende; la fase de pre-diagnóstico se caracteriza por la preocupación por los síntomas y las conductas de retraso hasta que la persona se somete a la exploración. En la fase de diagnóstico, la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y la espera de los resultados, son las características más comunes. En la etapa de tratamiento el paciente se centra en los efectos de las medidas terapéuticas (que pueden ser muy aversivos). Si el tratamiento tiene éxito, el individuo ha de volver a interactuar con su medio y a realizar sus

actividades cotidianas, aquí predominan los problemas de adaptación a las nuevas condiciones, resultando necesario para muchos pacientes pasar por una etapa de rehabilitación.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en hospitales generales son los trastornos afectivos (como la depresión) y los trastornos por ansiedad (Reiger et al., 1978; Goldberg, 1979; Marsland et al., 1976; Katon, 1984; Shurman et al., 1985; en Secín & Rivera, 2000). Se piensa que su prevalencia es baja debido a que son subdiagnosticados (Hollister, 1980; en Secín & Rivera, 2000).

La ansiedad es uno de los principales motivos de interconsulta. Un ejemplo suelen ser aquellos pacientes que presentan reacciones fóbicas durante la realización de una resonancia magnética, un papanicolau o una curación; pacientes que interpretan de forma catastrófica sus síntomas físicos o bien minimizan la gravedad de su condición médica o la necesidad del tratamiento. Sabemos que la ansiedad puede ser un factor de empeoramiento de patologías como las gastrointestinales, las alérgicas, las ginecológicas, el cáncer; por lo que atenderla es de gran relevancia (Secín & Rivera, 2000)

Algunos autores han propuesto diferentes estresores dentro del ámbito hospitalario, los principales son (Secín & Rivera, 2000):

- a) El sentido de alienación
- b) La ansiedad de separación
- c) El temor al daño físico
- d) La amenaza de pérdida de vitalidad
- e) Amenaza a la integridad narcisista
- f) La amenaza de muerte

Factores ambientales hospitalarios asociados con ansiedad (Secin & Rivera, 2000):

- Estado financiero
- Procedimientos médicos invasivos
- Aislamiento
- Pérdida de la autonomía
- Pérdida de la privacidad
- Lesión física
- Dolor
- Posibilidad de muerte
- Causa incierta
- Pronóstico

Los procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos pueden ser extremadamente para las personas y afectar adversamente su habilidad para afrontarlos, aún cuando los procedimientos no sean realmente amenazantes en un sentido médico o biológico (O'Hara et al., 1989; en De L. Horne, Vatnamidis, & Careri, 1993). Para cualquiera que pasa por una experiencia poco familiar o extraña es normal querer saber qué está pasando y cómo la afectará. Si la persona no posee suficiente información que le ayude a comprender qué está sucediendo puede llegar a abrumarse emocionalmente y, en un contexto médico, emociones fuertes como el miedo, la ansiedad y el enojo pueden crear que una persona sea incapaz de colaborar con doctores, enfermeras y otro personal médico e incluso perjudicar activamente su tratamiento, por ejemplo, con el incremento en el uso de anestésicos (De L. Horne et al., 1993).

Los pacientes experimentan un número de reacciones emocionales antes y después de los procedimientos médicos invasivos. Estas incluyen ansiedad (como miedo al dolor, incertidumbre acerca del futuro, miedo a los procedimientos médicos, etc.), depresión, enojo y problemas de adaptación post-operatoria (por ejemplo, expectativas con respecto al funcionamiento personal). Algunos pacientes experimentan inutilidad aprendida. Esto se observa en pacientes que sufren una depresión que se inicia y se caracteriza por una pérdida de control sobre la situación que lo vuelve dependiente del personal médico y de otras personas significativas (pareja, hijos). Esta persona

generalmente se siente impotente e inútil, no tiene suficiente motivación para responder racionalmente y describe el futuro como negativo (De L. Horne et al., 2000).

Otro factor que afecta la reacción del paciente a los procedimientos médicos invasivos es su relación con el médico. Los pacientes que se sienten indefensos necesitan recuperar alguna sensación de control y pueden conseguirlo equivocadamente siendo no adherentes. La desobediencia puede tomar la forma de retención de información desde el punto de vista médico. Dado que el profesional está en una posición de poder, debe tratar de hacer sentir cómodo al paciente y así asegurar su adherencia al tratamiento, a través de la comunicación sincera y abierta con el paciente, explicándole lo que está sucediendo y le sucederá. Generalmente a los estudiantes de medicina se les enseña a valorar el lado científico de la medicina y no lo suficiente acerca de los pacientes y sus necesidades (DiMatteo & DiNicola, 1982, en De L. Horne et al., 2000). Una queja frecuente de los pacientes es la falta de información dada por los doctores y la naturaleza compleja e intimidante del lenguaje usado (Blythe & Erdahl, 1986, en De L. Horne et al., 2000). Para evitar conflictos entre el paciente y el doctor respecto al control de información (por partes iguales) y para terminar con el incumplimiento del paciente, lo cual lleva a una recuperación menos exitosa, se requiere de un apropiado nivel de comunicación (De L. Horne et al., 2000).

Como se dijo con anterioridad, las personas a menudo están temerosas de la hospitalización y de los procedimientos médicos invasivos porque la información que les han dado es insuficiente y se presenta de un modo que provoca ansiedad. Los médicos y enfermeras no son siempre buenos comunicadores, y el tipo de información que presentan, así como la manera en la que la presentan, tiene un impacto sobre los sentimientos y actitudes del paciente. La psicología contemporánea puede contribuir a comprender las causas de la enfermedad y los procesos psicológicos involucrados en una persona que está siendo hospitalizada, y también llevar a cabo intervenciones afectivas. Las técnicas psicológicas se enfocan al alivio de los miedos asociados con los procedimientos médicos invasivos y la reducción del estrés psicológico (De L. Horne et al., 2000).

El psicólogo juega un papel de importancia en su intervención a través de las técnicas de intervención de conducta y de programas preventivos para la reducción de factores de riesgo y estilos de vida que pudieran favorecer el desarrollo de la enfermedad.

Las intervenciones del psicólogo pueden ser:

- Intervenciones Preventivas: de tipo informativo, de eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, de afrontamiento al estrés y adopción de hábitos saludables.
- Información adecuada al paciente: Si está recibiendo la información adecuada o la que desea recibir y sus habilidades para solicitarla.
- Preparación a la hospitalización, cirugías y tratamientos: Con el objeto de reducir la ansiedad y el estrés que se generan en la adaptación al nuevo medio.
- Tratamiento tras el diagnóstico: Promover el sentido de control personal y participación activa, facilitar la comunicación familiar y dotar de estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Ofrecer consejería, capacitación y orientación al personal médico y administrativo de las instituciones de salud.
- Tratamientos y rehabilitación asociada a las diferentes patologías.
- Proporcionar tratamiento a las personas con fobias o miedos a los tratamientos médicos o dentales.
- Intervención en fase terminal.

Antes de poder iniciar con cualquier tipo de intervención (ya sea de tipo preventivo, tratamiento o rehabilitación) debe de haber una fase de diagnóstico o evaluación que puede ser de muy variada duración, dependiendo de las características del paciente y de las condiciones de los servicios en los que se encuentra.

En la fase de diagnóstico resulta de suma importancia (Secin & Rivera, 2000):

- La entrevista con el paciente y en caso necesario con los familiares.
- Tener conocimiento del estado general de salud del paciente (por medio del expediente médico).
- Conocer los medicamentos que toma el paciente, ya que los efectos colaterales de éstos pueden estar favoreciendo el desarrollo de un problema psicológico o incluso induciéndolo, por lo que es importante permanecer en trabajo multidisciplinario constante.

- Múltiples enfermedades orgánicas tienen sintomatología afectiva o ansiosa como parte del cortejo sintomático. Deslindar un trastorno afectivo o ansioso concomitante, es importante para establecer un tratamiento adecuado y oportuno, así como el pronóstico de la enfermedad (Márquez, 1992), lo que hace indispensable el trabajo multidisciplinario.
- Algunos síntomas físicos en el paciente médicamente enfermo, por ejemplo, la fatiga, la debilidad, el insomnio, el retardo psicomotor, la disminución en el apetito, la agitación, el temblor, etc., son idénticos a los síntomas de la depresión o la ansiedad, de manera que no siempre es fácil determinar la etiología de los síntomas detectados (Márquez, 1992).
- Evaluar los factores ambientales que puedan facilitar síntomas de Ansiedad.
- La percepción del paciente acerca de su enfermedad
- Puede ser útil el uso de escalas o cuestionarios
- Se puede utilizar como apoyo una clasificación de trastornos psiquiátricos como el DSM-IV o la CIE -10

Una vez realizada una evaluación se puede recurrir a diversos recursos y técnicas para ayudar al paciente a enfrentar su enfermedad:

- Terapia Cognitivo conductual: Entrenamiento en relajación, Desensibilización sistemática, Biofeedback, Reestructuración cognoscitiva, solución de problemas, etc.
- Psicoterapia de apoyo: Se lleva a cabo en pacientes con adecuada capacidad adaptativa, pero que se encuentran en un período aparentemente temporal de presión, agitación, tensión o indecisión, en su proceso de enfermedad. La técnica consiste en reforzar formas de afrontamiento que han tenido éxito en situaciones similares (Sarason, 1985)
- Intervención en crisis: Es un proceso dirigido a auxiliar a una persona o familia en el momento de una desorganización grave resultado de una crisis: para que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y el de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas de vida, etc.) se incremente.
- Psicoterapia de Duelo: Consiste en asistir al paciente en la separación ante las pérdidas de la familia, imagen corporal y/o control, establecer la comunicación y las relaciones significativas con aquellos a quienes perderá, fomentar la gradual aceptación de su situación vital con dignidad e integridad, y ayudarlo a enfrentar la ansiedad y asombro ante la cercanía de la muerte (Sarason, 1985).

2.1.2 Objetivos

El programa operativo del Servicio Psicología en su Residencia de Medicina Conductual, que persigue los siguientes objetivos:

1. Coadyuvar en el desarrollo de programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónico-degenerativas a nivel individual.
2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de las pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
4. Favorecer en las pacientes la adherencia terapéutica.
5. Entrenar a las pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión y habilidades de afrontamiento.

2.1.3 Método

2.1.3.1 Procedimiento

El trabajo en el Hospital de la mujer, tuvo que ser modificado del realizado por las residentes anteriores, ya que ahora solo se contaba con 2 residentes (anteriormente 5) para cubrir las demandas del servicio, por lo que se distribuyó el horario de la siguiente manera:

El horario establecido para las residentes del Programa de Medicina Conductual es de 8:00 am a 14:00 pm; las actividades que se desarrollan son:

- LUNES: 8:00 a 11:00 realizar pase de visita junto con los médicos en Embarazo de Alto Riesgo y Terapia Intensiva, asistir a Puerperio Complicado y Oncología por posibles interconsultas, realizar el seguimiento de pacientes. 11:00 a 12:00 reunión con compañera para distribución de nuevos pacientes, continuar trabajo en piso; 12:00 a 14:00 asesoría con supervisor académico.

- MARTES: 8:00 a 11:00 trabajo con pacientes en consulta externa, elaboración de notas y entrega de expedientes, 11:00 a 14:00 reunión con compañera para conocer posibles nuevos pacientes e interconsultas existentes en piso, además de realizar el seguimiento de pacientes.

- MIERCOLES: 8:00 a 11:00 realizar pase de visita junto con los médicos en Puerperio Complicado y Terapia Intensiva, asistir a Embarazo de Alto Riesgo y Oncología por posibles interconsultas, realizar el seguimiento de pacientes. 11:00 a 12:00 reunión con compañera para distribución de nuevos pacientes.

- JUEVES: 8:00 a 11:00 trabajo con pacientes en consulta externa, elaboración de notas y entrega de expedientes, 11:00 a 14:00 reunión con compañera para conocer posibles nuevos pacientes e interconsultas existentes en piso, además de realizar el seguimiento de pacientes.

- VIERNES: 8:00 a 11:00 realizar pase de visita junto con los médicos en Embarazo de Alto Riesgo y Terapia Intensiva, asistir a Puerperio Complicado y Oncología por posibles interconsultas, realizar el seguimiento de pacientes. 11:00 a 12:00 reunión con compañera para distribución de nuevos pacientes, continuar trabajo en piso; 12:00 a 13:00 asistencia a la sesión general del hospital.

Las asesorías fueron acordadas para recibir apoyo con respecto a elaboración de historias y notas clínicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, discusión de diagnósticos y revisión de casos clínicos.

Durante la estancia en esta Institución se atendieron pacientes tanto de Consulta Externa, como de Hospitalización especialmente de los siguientes servicios:

- 1) *Terapia Intensiva e Intermedia*
- 2) *Oncología*
- 3) *Embarazo de Alto Riesgo*
- 4) *Puerperio Complicado*
- 5) *Otros Servicios (Alojamiento Conjunto, Cirugía, Ginecología y Tumores de Ovario)*

El trabajo realizado en esta institución fue muy variado debido a las muy diversas patologías médicas que se pueden encontrar en esta institución como son:

1. Cervico-vaginitis
2. Embarazo patológico
3. Displasias
4. Esterilidad
5. Alteraciones menstruales
6. Tumores uterinos benignos
7. Amenorrea
8. Tumores benignos de mama
9. Partos eutócicos
10. Abortos
11. Miomatosis uterinas
12. Partos prematuros
13. Amenazas de parto pretérmino
14. Tumores de ovarios
15. Cáncer de mama
16. Preclampsias- Eclampsias
17. Hemorragias
18. Diabetes, etc.

En General, en todos los servicios, las intervenciones estuvieron encaminadas a las siguientes acciones:

- Diagnóstico
- Intervenciones Preventivas
- Diferentes tipos de Terapia cognitivo conductual
- Psicoterapia de apoyo
- Intervención en crisis
- Psicoterapia de Duelo

Consulta externa

Se disponía de un consultorio diariamente en un horario de 8:00 a 11:00, cubriendo lunes y miércoles, dejando viernes de acuerdo a las necesidades del servicio; las sesiones se programaban de 45 min. aprox. por lo que se veían 4 pacientes por día.

Se atendían pacientes referidas por los demás servicios, que de acuerdo al criterio de los médicos era necesario una intervención psicológica. Los principales objetivos de tratamiento fueron:

- Orientar, preparar y reducir ansiedad en pacientes candidatas a sufrir intervención quirúrgica.
- Promover cambios de comportamiento en personas que presenten conductas patógenas para su salud.
- Atención de pacientes con padecimientos físicos sin causa orgánica aparente.
- Manejo de estrés en padecimientos crónicos (colitis, anorexia, gastritis)
- Intervención en crisis.
- Apoyo y orientación en problemas de esterilidad.
- Apoyo y orientación en problemas desencadenados por factores genéticos.

El número de sesiones por paciente variaba de acuerdo a las posibilidades y características de cada paciente y su patología.

Hospitalización

En general las patologías que se atienden en el Hospital de la Mujer no favorece mucho los planes de intervención previamente estructurado, debido a que la recuperación física de cada paciente es muy incierta, son comunes las recaídas y es necesario ajustar las sesiones de acuerdo a la evolución de cada paciente; las interrupciones del equipo de salud (médicos, enfermeras) son muy comunes; y el tiempo de estancia de las pacientes en ocasiones es tan reducido que no permite más

que una visita. Dependiendo del área en la que se encontraran, su estancia podía variar de 1 a 30 días.

Esto hace necesario, como se menciona anteriormente, que los programas de intervención sean diseñados para cubrir las demandas de cada paciente, de acuerdo a su padecimiento, evolución e historia de vida particular; todo lo anterior aunado al poco tiempo que se puede interactuar con estas pacientes (en ocasiones para no agotarlas) resulta inoperante el uso del formato de Historia clínica propuesto por los asesores académicos, ya que no se podía efectuar una exploración exhaustiva de todas las áreas de vida de la paciente. En general se realizaba un rápido examen mental, obtención de datos generales y focalización del área en conflicto. Las acciones de intervención debían comenzar en la mayoría de los casos desde la primera entrevista, ya que en muchas ocasiones las pacientes permanecían poco tiempo hospitalizadas y solo se tenían uno o dos acercamientos a ellas y no muy prolongados.

En relación a la evaluación de la intervención, se apoyaba en la entrevista, observación directa, comentarios de la paciente y observaciones del equipo de salud.

1) Terapia Intensiva e Intermedia

Debido a que el 86% de las pacientes en este servicio padecen preeclampsia o eclampsia, la mayor parte de la intervención realizada se enfocó a trabajar con entrenamiento en relajación para disminuir las cifras de Tensión Arterial (T. A.) y disminuir la ansiedad causada por los procedimientos médicos invasivos.

Por las largas estancias de las pacientes, se presenta continuamente la permeabilización de las venas, colocación de catéter, curación de la cesárea, etc.; por lo que necesario el manejo del dolor también.

Cuando se presenta una enfermedad y más aun se requiere hospitalización, esto funge como un factor desencadenante de ansiedad, depresión, enojo y/o inseguridad, entre otros, es por

esto que resultaba necesario enfocar intervenciones para el manejo de emociones desencadenantes por la enfermedad padecida, la experiencia de la hospitalización o conflictiva familiar de la paciente.

Las interconsultas estuvieron a cargo de los médicos, tanto residentes, como adscritos; el realizar la visita médica a las pacientes junto con el equipo de salud resultó una forma efectiva para detectar pacientes que requerían atención psicológica, además de permitir la integración con el equipo médico.

2) *Oncología*

La valoración psicológica del paciente que padece cáncer es muy importante así como lo es el tratamiento de las quejas que se derivan de las terapéuticas médicas.

Las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia, el dolor o la aceptación del esquema corporal después de una amputación quirúrgica (por ejemplo la mastectomía) son algunos de los problemas que presentan las pacientes y que son susceptibles de intervención psicológica. El trabajo dentro de esta área estuvo encaminada hacia:

- Manejo de ansiedad y estrés a través de técnicas de relajación.
- Trabajo con fantasías de muerte y temor a los procedimientos invasivos.
- Intervención en crisis a pacientes que reciben diagnóstico positivo al cáncer.
- Intervención terapéutica a pacientes mastectomizadas e hysterectomizadas
- Trabajo con la representación social y fantasías con respecto a los efectos colaterales de la quimioterapia
- Adherencia terapéutica
- Trabajo con familia

3) *Embarazo de Alto Riesgo*

Las pacientes que presentan un embarazo de alto riesgo pueden presentar altos niveles de estrés psicosocial, síntomas depresivos o ansiosos, náuseas anticipatorias coadyuvantes a

depresión de su sistema inmunológico, hiperemesis gravídica, diabetes gestacional, preclampsia o eclampsia, etc.

La intervención incluía entrevista con pacientes y familiares, manejo de estrés y ansiedad con técnicas cognitivo conductuales, reestructuración, técnica de solución de problemas, orientación y seguimiento de los casos.

4) Puerperio Complicado

Algunos de los diagnósticos médicos que se pueden encontrar en este servicio son: endometriosis, legrados (LUI), abortos, óbitos, etc.; por lo que las intervenciones estuvieron enfocadas a:

- Evaluación del aspecto emocional y conductual de la paciente. Tomando en cuenta las referencias de las enfermeras y del personal médico.
- Exploración del concepto que la paciente tiene de su enfermedad, la importancia de su estancia y del cuidado médico y las alternativas de solución.
- Elaboración de duelo.
- Abordaje de la problemática con las diferentes técnicas de la terapia cognitivo-conductual, como son:
 - La Terapia Racional Emotiva
 - Solución de problemas
 - Consejo Psicológico
 - Relajación

5) Otros Servicios (Alojamiento Conjunto, Cirugía, Ginecología y Tumores de Ovario)

En estos servicios se trabajaba por interconsulta y se atendían pacientes que iban a ingresar o salían de una cirugía, post parto o post cesárea, pacientes programadas o post Histerectomía, etc., y las técnicas utilizadas eran variables de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

2.1.4 Resultados

POR NÚMERO DE CONSULTA

EDAD	1ª VEZ	SUBS.	TOTAL
13-24	130	239	369
25-49	284	611	895
50-65	83	146	229
TOTAL	497	996	1493

POR DIAGNOSTICO

Dx. PSICOLÓGICO	1ª VEZ	SUBS.	TOTAL
Trastornos de Ansiedad	102	184	286
Trastornos del Estado de Animo	70	141	211
Trastornos Adaptativos	204	484	688
T. Dependiente de la Person.	37	73	110
T. Histriónico de la Person.	2	2	4
T. Estrés Postraumático	3	3	6
T. Hipocondríaco	1	3	4
T. Estrés Agudo	13	24	37
T. Bordeline de la Person.	1	4	5
Síndrome Orgánico Cerebral	1	1	2
Vaginismo no Orgánico	1	1	2
Buena Adaptación	53	53	106
Proceso de Duelo	5	12	17
Crisis Conversiva	1	1	2
Problemas de Pareja	3	10	13
Total	497	996	1493

Como se puede observar en las estadísticas los diagnósticos que más frecuentemente se presentaron fueron:

Trastornos adaptativos, con síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable; consistente en un acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante; con lo cual se explica su frecuencia dentro los ambientes hospitalarios ya que las pacientes están expuestas a una situación que modifica su homeostasis provocando con un problema de salud.

Trastorno de Ansiedad Generalizada, el individuo presenta ansiedad y preocupación excesivas; teniendo dificultades para controlar ese estado de constante preocupación; acompañado de inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Teniendo una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad; estas son las quejas principales en consulta externa donde las pacientes llegan con niveles de ansiedad importante por la exposición constante y permanente a estresores sin tener herramientas efectivas para manejarlo.

Y por último los trastornos del estado de ánimo con una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, además de cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Siendo importante el número de mujeres que lo presenta sin tener una atención adecuada del mismo ya que muchos de los médicos generales no cuentan con la información suficiente para realizar un diagnóstico adecuado y la canalización pertinente para su atención.

Es en los Hospitales generales es donde se ven más frecuentemente los Trastornos por ansiedad, dadas sus características propias, es decir, síntomas físicos que semejan otros padecimientos, que o bien acompañan o los complican. La hospitalización por sí misma constituye un cambio ambiental (programado o repentino) que conlleva estímulos externos e internos amenazantes como son el potencial riesgo por la integridad corporal o de su bebé mediante tratamientos invasivos, separación de familiares cercanos, intimidad forzada con extraños; así como

la amenaza constante de dolor, enfermedad, de invalidez, y/o muerte propia o del producto. La ansiedad se puede presentar como síntoma de un trastorno adaptativo o depresivo o como un trastorno propiamente dicho.

Los trastornos afectivos en general y particularmente la depresión, muestran un claro predominio del sexo femenino en una proporción de 2:1 con respecto a los varones.

La prevalencia aumentada de la depresión en mujeres inicia en la adolescencia y es un fenómeno transcultural, se encuentra en todo el mundo. También la distimia, la depresión atípica y el trastorno afectivo estacional son más frecuentes en mujeres.

El tratamiento de los trastornos afectivos en las mujeres merece especiales consideraciones ya que suceden en el período reproductivo. Los cambios hormonales además del embarazo y el posparto traen como consecuencia grandes cambios físicos y modificaciones en la familia y el estilo de vida que las hacen susceptibles a presentar con mayor facilidad un trastorno afectivo. Si aunamos a esto el factor hospitalización aumentamos también en gran medida la predisposición a un cuadro de ansiedad por las razones que se mencionan con en párrafos anteriores.

Los cambios de vida durante este período reproductivo resultan de suma importancia y precisamente aproximadamente más del 70% de las mujeres que asisten al Hospital de la Mujer se encuentran en esta etapa.

Por todo esto es necesario que se continúe con planes y programas relacionados con la salud mental, el manejo de estrés, modificación de estilos de vida que coadyuven para reducir el riesgo y las implicaciones de muchas de las enfermedades crónicas que nuestra sociedad tiene que enfrentar actualmente; siendo los hospitales lugares donde se concentran la población a recibir una orientación y atención para los mismos; por lo que se tiene un gran campo de acción que debe ser utilizado.

2.1.5 Competencias profesionales alcanzadas en el desarrollo del programa de intervención

Como parte de los logros dentro de esta sede está el aumento en el número de interconsultas solicitadas a lo largo de la rotación. Dicho aumento se cree que está relacionado a una mayor conciencia médica de los beneficios proporcionados por las intervenciones psicológicas a los pacientes hospitalizados, y se logró a partir de la presencia continua de las psicólogas durante las visitas médicas a piso y los resultados observables que las técnicas proporcionaban en los síntomas psicológicos de las pacientes.

Se logró mejorar las habilidades clínicas con las que se contaba antes del inicio de esta maestría, detectar las necesidades de la Institución y específicamente de la población atendida.

2.2 ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

2.2.1 Descripción de las actividades académicas

a) Sesión Semanal General del Hospital: Sesiones médicas o en ocasiones culturales que aunque eran interesantes y permitían conocer aspectos médicos necesarios para comprender mejor a los pacientes, no fueron en ninguno de los casos de tipo psicológico.

b) Dos horas a la semana de revisión de casos y temas con supervisora académica: en la que se podían despejar dudas acerca de la intervención con algún paciente y así como temas que ampliaran los conocimientos acerca de las técnicas de tratamiento.

2.3 OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS EN LA SEDE.

- Orientación psicológica a personal del hospital y/o familiares: en algunas ocasiones, personal del hospital o sus familiares solicitaban terapia psicológica a las psicólogas de la residencia en Medicina Conductual, a los cuales se les asignaba un horario disponible de consultorio y se les atendía por el tiempo que fuera necesario. Esto permitió conocer otro tipo de casos con diferentes patologías tanto físicas como psicológicas, lo que fue de utilidad para nuestra formación.

- Trabajo con psicoterapia de pareja en servicio de consulta externa: Las circunstancias de los servicios del hospital así como la demanda obligaban a recurrir a formas de intervención alternativas no exploradas hasta ahora, obteniendo resultados positivos. Esto proporcionó la enriquecedora experiencia de conocer y practicar con otras técnicas hasta ese momento no muy bien conocidas, siempre con supervisión académica de casos.

- Durante el primer año de rotación se trabajó en la elaboración de un proyecto basado en la intervención grupal de acuerdo a las necesidades detectadas en las pacientes que acuden a esta institución, empleando un marco teórico-práctico de orientación cognitivo-conductual su nombre es: "Taller para la disminución del estrés hospitalario" (ver Anexo 2). Aunque no se aplicó este programa, la investigación bibliográfica realizada y la planeación del programa resultó una muy buena oportunidad de aplicar los conocimientos y el pensamiento adquirido en la Maestría.

2.4 ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

2000. Conferencia Psicosalud: III Internacional de Psicología de la Salud. La Habana, Cuba. Importantes avances dentro del área de la psicología de salud fueron presentados en este congreso.

2000. Jornadas Médicas del Hospital de la Mujer. D.F., México.

Se presentaron trabajos sobre investigaciones médicas de gran interés.

3. EVALUACIÓN

3.1 SUPERVISOR IN SITU

Debido a la formación del Dr. Hernández su asesoría resultaba muy útil en relación a los temas médicos, además de ser un gran apoyo en las cuestiones de trámites administrativos, espacios, tiempos, etc. El Dr. siempre mostró amabilidad y disponibilidad hacia las residentes.

3.2 SUPERVISOR ACADÉMICO

La supervisión académica fue de gran utilidad, ya que semanalmente se podía consultar sobre los casos clínicos, además de dudas académicas. Se considera que la supervisora manejaba los temas adecuadamente, además de siempre tener la mejor disposición para ayudar a resolver las dudas de las residentes.

3.3 DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

El trabajo realizado en esta sede permite el desarrollo y crecimiento del alumno como psicólogo de la salud. Las actividades, siempre supervisadas, dan la libertad de acción y por lo tanto de aprendizaje sobre todo en las áreas de entrevista y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales que se consideraban más convenientes para cada paciente

3.4 DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Se considera que las habilidades, la experiencia y los conocimientos adquiridos con respecto a la valoración, diagnóstico, intervención y elaboración de notas clínicas, resultaron enriquecedores en la formación integral que como parte de la residencia se busca. Es importante mencionar que la adquisición y el grado de ejercicio de estas competencias profesionales adquiridas fue resultado de un alto nivel de interés y compromiso por parte de las residentes hacia cada paciente, la institución y el propio proceso de aprendizaje; el trabajo interdisciplinario representa un reto para lograr la integración como parte del equipo médico, hacer notar la importancia del aspecto psicológico de las pacientes y el complemento que resulta en el tratamiento integral de las mismas.

4. COMENTARIOS FINALES DE LA ROTACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA MUJER

El trabajo del psicólogo aun no es totalmente conocido por todos los prestadores de servicios de salud, actualmente se podría hablar de una lucha constante por demostrar su importancia en el ámbito hospitalario. La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual son campos relativamente nuevos dentro de las instituciones hospitalarias, por lo que resulta de suma

importancia los esfuerzos realizados para dar a conocer el papel de esta área, como parte del tratamiento integral del paciente.

Como parte de los logros dentro de esta sede esta que el equipo médico del hospital se haya percatado de que la intervención del psicólogo en estas áreas ofrece resultados muy satisfactorios en la salud y recuperación física de las pacientes. Existe una mayor aceptación por lo que cada vez más se integra al profesional de la conducta al equipo de salud.

Se considera que dentro del programa operativo existen objetivos no aplicables dentro de esta institución como la utilización de instrumentos de evaluación, debido a que el tiempo de permanencia hospitalario es muy breve en la mayoría de los casos por lo cual se debe brindar el mayor beneficio terapéutico posible a la paciente, en caso de consulta externa resulta indispensable trabajar en intervenciones breves buscando el mayor alcance terapéutico posible en cortos períodos de tiempo.

En cuanto al aspecto académico de este programa de residencia, se considera que es necesario realizar un enlace más firme entre la teoría impartida y la práctica real en sede, así como alimentar los conocimientos en técnicas de intervención aplicados.

En relación a la institución como sede académica para la práctica y especialización del Psicólogo en el área de la Medicina Conductual se cree que ésta puede aportar grandes beneficios al estudiante: gran número de pacientes, apertura de los dirigentes hacia el área, gran variedad de patologías en las cuales puede intervenir el psicólogo, área de consulta externa y hospitalización, comedor.

Lo que el estudiante de la especialidad puede ofrecer a la institución también es de suma importancia: utilización de técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de la población (beneficio con el que no contaba la sede antes de la residencia), aproximadamente el 60% del servicio que se ofrece en el área de salud mental dentro del hospital está a cargo de las residentes en Medicina Conductual.

Los comentarios que se pueden hacer para mejorar las características de la sede son pocos y están relacionados a los espacios básicos para el depósito y cuidado de artículos personales (lockers).

Por todo lo anterior se considera que el Hospital de la Mujer es una muy buena sede para la formación de cualquier tipo de profesionalista en salud, incluyendo aquellos profesionalistas dedicados a la salud mental y en particular los estudiantes de la especialidad en Medicina Conductual.

CAPÍTULO III. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El Instituto nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la secretaría de salud; que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo además un centro de referencia y órganos rector de cáncer en México.

Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y ha sido política institucional, el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en proceso diagnóstico - tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales es centro de enseñanza médica e investigación.

El Instituto de Cancerología hace su arribo en la época post-revolucionaria como un modesto dispensario médico llamado Dr. Ulises Valdez ubicado en el 131 de la calle del Chopo, teniendo como antecedente lo que hoy es el Hospital de la Mujer. La peculiaridad de la población que atendía aquel hospital le convierte en el principal proveedor de pacientes oncológicos en el área ginecológica.

En pocos años, ese dispensario resultó insuficiente para atender la demanda de hombres y mujeres con cáncer, por lo que se vio la necesidad de transformarlo en una institución especializada en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. Así, el 25 de noviembre de 1946, bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho, por Decreto Presidencial, nace el Instituto Nacional de Cancerología, le son cedidas del mismo transformándose y dando cabida a los servicios de Consulta Externa, Laboratorio, Rayos X y Patología, entre otros. En 1963, el Dr. Enrique Barajas Vallejo fue nombrado Director y, en ese año el Instituto se traslada al que fuera el Pabellón de Oncología del Seguro Social en Niños Héroes 151 en la colonia Doctores.

En 1980 el Instituto Nacional de Cancerología cambió sus instalaciones al que actualmente ocupa en Av. San Fernando No. 22, Tlalpan. Durante ese tiempo cobraron importancia la naciente

Investigación básica y clínica. Desde el punto de vista equipamiento, el instituto se coloca entre las mejores unidades oncológicas del país ya que cuenta con la bomba de cobalto, acelerador lineal, tomografía axial computarizada, medicina nuclear, laboratorio clínico, etc.

El 16 de agosto de 1993 el Dr. Jaime G. de la Garza Salazar, asume la Dirección General. Con él se ha logrado un impulso sin precedentes en el desarrollo de la tecnología de punta, en la investigación y en formación académica. El Instituto ha crecido casi un 100% en sus instalaciones. Ha reemplazado la totalidad del equipo de Alta Tecnología. Se ha instalado el Programa Nacional de Prevención de y Control de Cáncer Cervicouterino (Instituto Nacional de Cancerología [INCAN] recuperado en Enero de 2003, de <http://www.incan.edu.mx/html/main.htm>).

Entre los servicios que ofrece el instituto están:

Activo fijo, Análisis postmortem, Anatomía patológica, Anestesiología, Apoyo respiratorio e inhaloterapia, Archivo clínico, Banco de sangre, Bibliotheca, Biofísica, Braquiterapia, Cabeza y cuello, Capacitación y desarrollo, Central de equipos y esterilización, Cirugía histopatológica, Clínica del dolor y cuidados paliativos, Consulta externa, Contabilidad, Difusión y publicación, Educación para enfermería y paramédicos, Endoscopia, Enfermería, Epidemiología, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Hospitalización, Infectología, Ingeniería Biomédica, Intendencia, Laboratorio clínico, Mantenimiento y conservación, Medicina nuclear, Microscopía electrónica, Neumología, Nutrición, Oncología médica, Piel y partes blandas, Postgrado y educación médica continua, Psicooncología, Radiodiagnóstico, Recuperación, Teleterapia, Tomografía computada y ultrasonido, Trabajo social, Tumores mamarios, Tumores óseos, unidad de terapia intensiva, Unidad de trasplantes de médula ósea, Urología.

1.2 UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE

En la estructura de la Institución la residente de 2º año de Medicina Conductual depende directamente de Jefe de Servicio de Psicooncología. Pero ante la UNAM y La Secretaría de Salud se está bajo el cargo del supervisor in situ.

Para el departamento de Enseñanza el residente de Medicina conductual que rota por el Servicio de Psicooncología, forma parte de los médicos residentes del hospital con cursos de un solo año.

En esta institución tampoco se contaba con un lugar fijo para permanecer, ya que los dos consultorios del área eran utilizados por los adscritos para dar consulta, lo cual implicaba que los residentes tuvieran que abandonar estos consultorios con frecuencia.

1.2.1 Servicio Donde se Encontró Adscrito

Aunque la adscripción del residente de Medicina Conductual fue el área de Psicooncología, durante la estancia en esta institución también se tuvo la oportunidad de rotar por diferentes servicios como: mama y Piel y Partes Blandas.

1.2.2 Recursos Humanos

Médicos Adscritos: 148

Dirección General: 1	Departamento de Medicina Nuclear: 2
Dirección Médica: 1	Subdirección de Medicina Interna: 1
Subdirección de Cirugía: 4	Depto. Oncología Médica: 7
Servicio de Neurología: 2	Depto. Hematología: 3
Servicio de Neumología: 3	Depto. de Medicina Interna: 2
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva: 3	Depto. Infectología: 2
Depto. Tumores Mamaros: 4	Servicio de Psicooncología: 3
Depto. de Ginecología: 7	Subdirección de Radioterapia: 1
Depto. de Cabeza y Cuello: 10	Depto. de Teleterapia: 9
Depto. de Urología: 3	Depto. de Biofísica: 4
Depto. de Piel, Partes Blandas y Tumores Óseos: 6	Subdirección de Patología: 12
Depto. de Gastroenterología: 7	Subdirección de Servicios Paramédicos: 5
Depto. de Anestesia: 13	Dirección de Docencia: 1
Servicio de Terapia Intensiva: 4	Subdirección de Educación Para La Salud: 1
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos: 4	Jefe Del Depto. de Educación Médica Continua: 1
Subdirección de Servicios Aux. de Diagnostico y Tratamiento: 1	Subdirección de Educación Médica: 1
Departamento de Laboratorio Clínico: 1	Dirección de Investigación: 1
Departamento de Banco De Sangre: 2	Subdirección de Investigación Clínica: 5
Departamento de Radiodiagnóstico: 3	Subdirección Investigación Básica: 4
Departamento de Tac y Ultrasonografía: 3	

Residentes médicos: 76

ESPECIALIDAD	R1	R2	R3
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	8	6	6
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	2	4	3
ONCOLOGÍA MÉDICA	4	4	6
RADIO – ONCOLOGÍA	2	3	1
HEMATOLOGÍA	3	2	-
ENDOSCOPIA	3	-	-
CLÍNICA DEL DOLOR	8	-	-
PATOLOGÍA ONCOLÓGICA	3	-	-
CITOPATOLOGÍA	3	-	-
RADIOLOGÍA ONCOLÓGICA	3	-	-
PATOLOGÍA BUCAL	1	-	-
CUIDADOS PALIATIVOS	1	-	-
TOTAL	41	19	16

1.2.3 Líneas de Autoridad

Director: Dr. Jaime G. De la Garza Salazar

Director Medico: Dr. José Luis Barrera Franco

Director de Investigación: Dr. Alejandro Mohar Betancourt

Director de Docencia: Dr. Juan R. Labardini Méndez

Subdirector de Educación Médica: Dr. José Luis Aguilar Ponce

Subdirector de Medicina Interna: Dr. Juan W. Zinser Sierra

Jefe del Servicio de Psicooncología: Dr. Ricardo Olper Palacci

Psicólogo Adscrito al área de Psicooncología: Psic. Salvador Alvarado

Médico Adscrito al área de Psicooncología: Dra. Dulce Martínez

1.2.4 Supervisión in Situ

Psicólogo Adscrito al Servicio de Psicooncología: Psic. Salvador Alvarado

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

2.1 TRABAJO ESPECÍFICO DESARROLLADO

2.1.1 Marco Teórico

Cáncer

El cáncer representa un grupo de enfermedades caracterizadas por la multiplicación incontrolada y anárquica de ciertas células en el organismo; los cánceres pueden surgir en cualquier órgano del cuerpo, aunque algunos sitios son afectados más frecuentemente que otros.

En total se reconocen unas 200 variedades de cáncer, afortunadamente la mayoría son muy raros y se puede abarcar casi toda la mortalidad por cáncer por una lista más pequeña que contiene los siguientes tipos: Pulmón, Intestino grueso, Mama, Linfomas, Páncreas, Estómago, Próstata, Leucemia, Ovario, Vejiga, Cerebro y Cuello de Útero (Cairns, 1981).

Los agentes que se consideran que pueden inducir cancerización pueden ser: mecánicos, físicos, químicos y biológicos. Entre los mecánicos, están los traumatismos sobre todo repetidos; de los físicos el más importantes el propio a la radioactividad, los químicos todas las sustancias consideradas carcinogénicas y los biológicos especialmente los virus (Zuckermann, 1986).

En cuanto a la herencia en los cánceres en el humano, existe mayor frecuencia de éstos en descendientes de pacientes con cáncer; observándose a veces similitud en la categoría o sitio de la neoplasia; pero el cáncer no es por destinación, sólo tal vez, susceptibilidad biológica.

La prueba de que el cáncer es debido, en gran parte, a factores ambientales y no hereditarios la proporcionan los estudios epidemiológicos:

- 1) Mostrando que la incidencia de los diferentes tipos de cáncer varían con las áreas geográficas y las épocas, manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados.
- 2) La moda del bronceado que se calcula origina, cada año, únicamente en los Estados Unidos, unos 400,000 nuevos cánceres de piel.
- 3) La ingesta de alcohol, a la que atribuyen el 3% de todos los cánceres.
- 4) Los comportamientos en materia de sexualidad y reproducción a los que atribuyen el 7% de los cánceres humanos.

Aun cuando no se conozcan muy bien todas las sustancias responsables, ni los mecanismos implicados, los autores coinciden en la importancia de la dieta alimentaria en la etiología del cáncer y consideran que el elemento carcinógeno que se encuentra prácticamente en la base de todos los demás, es el comportamiento, en gran parte irresponsable, del hombre (Bayés, 1985)

La carencia de una verdadera etiología y patogenia, ha limitado el uso de los procedimientos terapéuticos, como la cirugía, radioterapia, quimioterapia, métodos endocrinos, terapéutica del dolor y psicoterapia para enfermos y familiares.

La cirugía es el más antiguo de los procesos terapéuticos y sus progresos han sido considerables en los últimos años, gracias a la anestesia, la depuración de las técnicas operatorias y a mejores tratamientos pre y post operatorios, ha sido posible efectuar audaces resecciones y conservación de importantes órganos. Se utilizan entre otras la cirugía radical, la paliativa tumoral, la supresiva, la anastomótica, la derivativa, la reconstructiva o rehabilitadora y la cirugía del dolor sobre el sistema nervioso (Tenorio, 1983).

Paciente Hospitalizado con Cáncer

El cáncer ha sido y es una enfermedad motivo de preocupación para el mundo entero en los últimos años; los esfuerzos por combatirlo han hecho que la ciencia médica alcance un gran desarrollo en su tratamiento; aun cuando todavía se desconoce su etiología, se han logrado que el paciente sobreviva por períodos más largos; lo que implica sufrimiento y una necesidad de

adaptarse al impacto del diagnóstico, tratamiento y el desajuste emocional al que está expuesto. Por lo tanto además de las perturbaciones propias de la enfermedad, el paciente enfrenta una crisis total que afecta su equilibrio psíquico, así como el ambiente familiar y social en el que se desenvuelve; porque la sola mención de la palabra cáncer en la sociedad, tiene una connotación especial que acarrea diversos sentimientos y significados que complican aún más el problema.

Todo paciente que acude al médico porque sospecha que padece una enfermedad es un enfermo angustiado; en ocasiones lo enmascara con una aparente seguridad en si mismo, quiere saber su diagnóstico, dice y se siente seguro de ello, pero debajo de esta actitud, se suele esconder un gran terror a que le confirmen su sospecha.

Ante tal situación el paciente va a pasar por tres fases evolutivas principales, que pueden esquematizarse así (Schwarzenberg, 1981):

1. Toma de conciencia: Que comienza con el primer síntoma y se extiende hasta la confirmación del diagnóstico.
2. Enfermedad establecida: El enfermo trata de organizarse frente a su mal.
3. Fase de declinación: Es el caso en que el tratamiento ya no sea eficaz, y el enfermo se da cuenta de que comienza a perder sus fuerzas vitales.

Desde la época de Galeno hasta estos días se habla de una estrecha relación entre el cáncer y los aspectos psicológicos de la personalidad del paciente; uno de los factores psicológicos más asociados a la etiología y desarrollo del cáncer ha sido la pérdida de una importante relación emocional que antecede a los primeros síntomas de la enfermedad, en los años cincuenta, una serie de estudios sugirieron que la pérdida de objeto, la depresión, la desesperanza podrían ser precursores de un cuadro clínico de cáncer.

Ruiz, F. (1996) menciona que el 70% de las pacientes con cáncer sufren depresión. Cuando una persona se entera que tiene cáncer, se niega a aceptarlo y desiste de llevar un tratamiento, posteriormente sufre de ansiedad, alteraciones del apetito y sueño, disminución de la capacidad de concentración, modificaciones inesperadas en su ritmo de vida y en general síntomas de depresión.

A lo anterior agregó que estas manifestaciones son naturales en las primeras semanas del diagnóstico pero si persisten por más de seis semanas deben atenderse de inmediato porque el paciente ha pasado a desarrollar un síndrome depresivo. El menciona también, que la depresión inhibe el sistema inmunológico del cuerpo y debilita las defensas del organismo que luchan para evitar que se propague el cáncer, ya que inhiben y hasta pueden contrarrestar los efectos curativos de los tratamientos anticancerosos, al debilitar el funcionamiento inmunológico.

Al igual que como ocurre con la depresión, los efectos fisiológicos del estrés sobre la resistencia y susceptibilidad para desarrollar una enfermedad neoplásica, están determinados por su interacción con el sistema inmunológico y endócrino.

Por otro lado, es importante también hablar sobre los efectos de la enfermedad neoplásica en la autoimagen, esta se refiere a la manera como una persona piensa y siente sobre si misma. La autoimagen influye en el nivel de bienestar y aceptación de si mismo y de los demás; se deriva de las experiencias del desarrollo, dentro del contexto de los propios recursos clínicos e intelectuales; y sus componentes principales son el yo físico, el yo psicológico y el yo social.

Cualquier tipo de cáncer y su tratamiento producen cambios, pasajeros o permanentes en estas tres áreas, cuando estos ocurren se basan en la realidad inmediata como en la anticipación de posibles cambios futuros; por ejemplo la amputación, impotencia e incapacidad para el trabajo pueden ser modificaciones inmediatas a las que el enfermo debe enfrentarse simultáneamente: la posibilidad de quedar desfigurado, dudas sobre la capacidad sexual y la pérdida del trabajo son las preocupaciones más importantes; la adecuada adaptación a los cambios producidos por la enfermedad puede resultar sorprendente, sin embargo, se ve pocas veces la descompensación psicológica en un grado tan importante como para que derive en un problema clínico; el psicólogo debe entender que los retos a la autoimagen de un paciente, a pesar de las alteraciones en el nivel de energía, fuerza, agilidad y estados de ánimo, pueden ser drásticas, pero tratables (Hersh, 1989).

La valoración psicológica del paciente que padece cáncer es muy importante así como lo es el tratamiento de las quejas que se derivan de las terapéuticas médicas.

Las náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia, el dolor o la aceptación del esquema corporal después de una amputación quirúrgica (por ejemplo la mastectomía, histerectomía, desarticulación de miembros) son algunos de los problemas que presentan los pacientes y que son susceptibles de intervención psicológica.

- Manejo de ansiedad y estrés a través de técnicas de relajación.
- Trabajo con fantasías de muerte y temor a los procedimientos invasivos.
- Intervención en crisis a pacientes que reciben diagnóstico positivo al cáncer.
- Intervención terapéutica a pacientes recién operados
- Trabajo con la representación social y fantasías con respecto a los efectos colaterales de la quimioterapia
- Adherencia terapéutica
- Trabajo con familia

Aunado a esto tenemos, que los pacientes con cáncer pueden ser hospitalizados frecuentemente, y debido a que la enfermedad y la hospitalización son acontecimientos no programados, se constituyen como estresantes, provocando cambios en el estilo de vida. Algunos autores señalan cinco respuestas características del paciente hospitalizado:

1. Ansiedad o miedo
2. Incremento de la irritabilidad
3. Pérdida del interés por el medio exterior
4. Infelicidad
5. Preocupación por los procesos corporales

El paciente pasa por diversas etapas durante las cuales necesita apoyo tanto de la familia como del personal de salud que lo atiende; la fase de pre-diagnóstico se caracteriza por la preocupación por los síntomas y las conductas de retraso hasta que la persona se somete a la exploración. En la fase de diagnóstico, la incertidumbre, el sometimiento a diversas pruebas y la espera de los resultados, son las características más comunes. En la etapa de tratamiento el paciente se centra en los efectos de las medidas terapéuticas (que pueden ser muy aversivos). Si el

tratamiento tiene éxito, el individuo ha de volver a interactuar con su medio y a realizar sus actividades cotidianas, aquí predominan los problemas de adaptación a las nuevas condiciones, resultando necesario para muchos pacientes pasar por una etapa de rehabilitación.

2.1.2 Objetivos

1. Coadyuvar en el desarrollo de programas de intervención psicológica en pacientes con cáncer u otras enfermedades crónico-degenerativas a nivel individual.
2. Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de las pacientes, generados por su problema orgánico.
3. Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
4. Favorecer en las pacientes la adherencia terapéutica.
5. Entrenar a las pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión y habilidades de afrontamiento.

2.1.3 Método

2.1.3.1 Procedimiento

En la estructura de la Institución la residente de 2º año de Medicina Conductual depende directamente de Jefe de Servicio de Psicooncología. Pero ante la UNAM y La Secretaria de Salud se está bajo el cargo del supervisor in situ.

Para el departamento de Enseñanza los residentes de Medicina conductual, ambos, tanto el que rota por Clínica del Dolor, como el que rota por psico-oncología, forman parte de los médicos residentes del hospital con cursos de un solo año.

El horario establecido para las residentes del Programa de Medicina Conductual es de 7:00 am a 14:00 pm; las actividades que se desarrollan son:

- LUNES a VIERNES: 7:00 a 8:00 actividad académica de residentes sobre temas oncológicos

- MIERCOLES: 8:30 a 9:30 sesión general de la Sociedad Médica

- JUEVES: 8:30 a 9:00 Sesión académica del servicio de psico-oncología

- VIERNES: 8:15 a 9:15 Sesión clínica general

Después de las sesiones académicas el trabajo se realizaba con el servicio de Psicooncología y no tenía un horario fijo, este variaba según la cantidad de pacientes en consulta externa y hospitalización, y el adscrito que estuviera encargado de subir a piso. En general el trabajo consistía en acompañar al jefe de servicio o adscrito durante su consulta externa, principalmente como observador, sobre todo en las primeras semanas y, en algunas ocasiones, como entrevistador. Del mismo modo, para el área de hospitalización, se acompañaba a piso al adscrito para ver las interconsultas solicitadas o dar seguimiento a algún paciente hospitalizado.

Los pacientes de consulta y hospitalización eran principalmente referidos por los servicios de: Neurología, Neumología, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Tumores Mamarios, Ginecología, Cabeza y Cuello, Urología, Piel, Partes Blandas y Tumores Óseos, Gastroenterología, Terapia Intensiva, Oncología Médica, Hematología, Medicina Interna e Infectología.

En las ocasiones en las que se participaba como observador, se tenía la libertad de intervenir en caso de considerarlo pertinente, por otro lado cuando se jugaba el papel de entrevistador o terapeuta, se pudo trabajar con técnicas cognitivo conductuales como solución de problemas, relajación, reestructuración cognitiva, desensibilización.

Cuando se trabajó como terapeuta, la duración del tratamiento psicológico variaba de acuerdo al paciente ya que muchos de ellos son procedentes de los diferentes estados de la república, lo que en ocasiones hacía que sus estancias no fueran prolongadas. El promedio de sesiones para tratamiento cognitivo conductual fue de 4 y sólo en algunas ocasiones existió oportunidad de tener entre de 8 y 10 sesiones.

Durante la estancia en esta institución se rotó por los servicios de Mama y Piel y Partes Blandas en dos ocasiones. Durante este tiempo se estaba presente en las consultas médicas del servicio y por solicitud del médico o por detección del mismo psicólogo se atendía a los pacientes que necesitaran del servicio psicológico, ya sea en intervención en crisis o se les citaba en consulta externa del servicio y era atendido por alguno de los adscritos de Psicooncología.

2.1.4 Resultados

El número de pacientes vistos durante la estancia en el Instituto, es difícil determinarlo, ya que no se pudo llevar un record diario. De cualquier modo a continuación se describirá el número aproximado de pacientes atendidos:

Consulta Externa en Servicio de Psicooncología

Aprox. de 4 a 6 pacientes diarios (dependiendo del adscrito con el que se estuviera); participando como observadora.

Entre 1 y 4 pacientes diarios; participando como terapeuta o cooterapeuta.

Consulta Externa Rotación en otros servicios

Entre 1 y 4 pacientes cada día de consulta (que dependiendo del servicio era diaria o tres veces a la semana); haciendo intervención en crisis o comenzando con la entrevista para hacer enganche y citarlos a consulta externa.

Hospitalización

Aprox. entre 1 y 4 pacientes diarios (dependiendo el día de la semana y las solicitudes de interconsulta); participando como observadora y cooterapeuta.

Aprox. 1 ó 2 pacientes diarios; participando como entrevistadora o terapeuta.

2.1.5 Competencias profesionales alcanzadas en el desarrollo del programa de intervención

Las habilidades, la experiencia y los conocimientos adquiridos con respecto a la valoración, diagnóstico, intervención y elaboración de notas clínicas, resultaron enriquecedoras en la formación integral que como parte de la residencia se busca. Se considera que en ocasiones el número de profesionales en desarrollo dentro del área de psico-oncología es grande, lo que impide un entrenamiento ideal, ya que la cantidad de pacientes que se pueden atender directa e individualmente es limitada, además que la repartición de tareas no es totalmente clara.

2.2 ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

2.2.1 Descripción de las actividades académicas

- Sesión académica de residentes sobre temas oncológicos: Se trata de sesiones de muy alta calidad sobre oncología. Permitieron ampliar los conocimientos sobre el comportamiento y tratamiento de la enfermedad neoplásica y fueron muy enriquecedoras y gran ayuda al tratar con este tipo de pacientes y al tener acceso a sus expedientes e historia médica.

- Sesión general de la Sociedad Médica: sobre temas médicos, investigación y en algunas ocasiones culturales. Temas un poco más generales que también fueron de utilidad.

- Sesión académica del servicio de psico-oncología: aportaciones temáticas por parte de los integrantes del servicio sobre temas de psicología de la salud. No fueron numerosas ya que se suspendieron a mitad de año, pero eran de gran interés académico

- Sesión clínica general: presentación de casos clínicos médicos en los que se podía aprender más sobre el tratamiento de esta enfermedad. Fueron sesiones de muy alta calidad y muy enriquecedoras para comprender el actuar de los médicos ante esta enfermedad.

2.3 OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS EN LA SEDE

- Proyecto de investigación Terapia Racional Emotiva y cáncer de mama (ver Anexo 1). Aunque este programa no fue llevado a la práctica, la realización del proyecto, la búsqueda teórica, la detección de necesidades y la planeación permitieron al alumno la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante la residencia.

2.4 ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

2002. 1er Congreso de Psicooncología. INCan. México. Por ser el primer año de organización de este evento no se contó con toda la asistencia deseada y se contó solo con ponentes nacionales.

3. EVALUACIÓN

3.1 SUPERVISOR IN SITU

La ayuda por parte del Psic. Salvador Alvarado fue siempre constante, permitiéndonos observar su trabajo y supervisando el nuestro en todo momento, además de que su trato y disposición fueron siempre las mejores. Además de contar con la supervisión por parte del Psic. Alvarado, también se podía recurrir al jefe de servicio el Dr. Olper o a la Dra. Martínez psiquiatra adscrita al servicio que al igual que el Psic. Alvarado, cumplían la función de guías y supervisores.

3.2 SUPERVISOR ACADÉMICO

No se contó con supervisión de este tipo.

3.3 DE LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

La actividad realizada en esta sede, ya que involucró en su mayoría trabajo como observador, no tuvo tanta libertad de aplicar los conocimientos teóricos en la práctica, como en el caso de la sede anterior (El Hospital de la Mujer). De cualquier modo, las oportunidades que se

tuvieron de tener un trabajo directo con el paciente fueron de gran importancia para la formación del alumno, sobretodo debido a las cuestiones emocionales que pueden despertarse en el terapeuta al convivir directamente con los pacientes con cáncer, más aún si se encuentran en fase terminal.

3.4 DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

El tipo de pacientes que hay en esta institución permite un gran enriquecimiento de las habilidades clínicas ya que la problemática es variada y las técnicas cognitivo-conductuales permiten una gran mejoría psicológica a los pacientes, por lo que se considera que el trabajo realizado fue de beneficio para las personas atendidas y los conocimientos aprendidos fueron de gran valor para el residente.

4. COMENTARIOS FINALES DE LA ROTACIÓN EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Al igual que en el Hospital de la Mujer, se considera que dentro del programa operativo existen objetivos no aplicables dentro de esta institución como la utilización de instrumentos de evaluación, debido a que por lo general se observa la necesidad de brindar algún tipo de atención inmediata sin existir el tiempo necesario para evaluar de manera escrita y exhaustiva, por lo que es propicio brindar el mayor beneficio terapéutico posible al paciente. Y en el caso de consulta externa resulta indispensable trabajar en intervenciones breves buscando el mayor alcance terapéutico posible en cortos períodos de tiempo.

En relación a la institución como sede académica para la práctica y especialización del Psicólogo en el área de la Medicina Conductual se cree que esta podría ser mucho más enriquecedora si se permitiera al alumno de maestría trabajar con un número mayor de paciente no solo como escucha, si no como psicoterapeuta, lo cual también se sabe que resulta complicado debido a los problemas de espacios, ya que solo se cuenta con horas de consultorio para médicos adscritos.

Aún así, esta institución puede aportar grandes beneficios al estudiante, como son: actividades académicas de alto nivel, apertura de los dirigentes y jefes de servicio hacia el área, variedad de patologías oncológicas en las cuales puede intervenir el psicólogo, acceso a áreas de consulta externa y hospitalización, biblioteca y hemeroteca, comedor, copias, servicio de computadoras.

Lo que el estudiante de la especialidad puede ofrecer a la institución también es de suma importancia ya que son los únicos elementos del área de salud mental que cuentan con el conocimiento en la utilización de técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de la población.

Por todo lo anterior se considera que el INCAN es una muy buena sede para la formación de cualquier tipo de profesionista en salud, incluyendo aquellos profesionistas dedicados a la salud mental y en particular los estudiantes de la especialidad en Medicina Conductual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*. España: Martínez-Roca
- Beltrán, F. & Torres, I. (1998, Julio-Diciembre). La necesidad de evaluar programas de postgrado en psicología de la salud. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3 (2), 25-35.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. España: Thomson Learning.
- Buela-Casal, Caballo V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo Veintiuno.
- Cairos, I. (1981). *Cáncer y Mortalidad*. España: Reverté.
- De L. Horne, D., Vatnamidis, P. & Carieri, A. (1993). Preparation for invasive procedures. Behavioral Science Learning Modules. Geneva: WHO [(Trad. al español: Rojas-Russell, M. (1999). *La preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales*. Documento de trabajo no publicado].
- Diagnóstico de Salud del Hospital de la Mujer*, S.S. (1998). México. Documento no publicado.
- Diagnóstico Situacional de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de la Mujer*, S.S. (1998). Documento no publicado
- Doyles, D., Meredith, R. & Caminero, A. (1982). *Behavioral Medicine*. USA: Plenum Press.
- Hersh, S. (1989). Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. *Psycho-oncology*, 3. Instituto Nacional de Cancerología. Recuperado en Enero de 2003, de <http://www.incan.edu.mx/html/main.htm>
- Latorre, J. & Beneit, P. (1994). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.
- Márquez, M. (1992). Depresión en el paciente médicamente enfermo. *Memorias del curso monográfico sobre depresión*. Hospital Regional, 20 de Noviembre, México, D.F.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Argentina: Paidós.
- Oblitas, L. & Becoña, E. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Rachman, S. & Phillips, P. (1975). *Mental Disorders in Psychology*. México: Martínez Roca.
- Ruiz, F. (1996, 7 de Abril). Sufre depresión el 60% de las personas con cáncer. *Periódico la Prensa*. México, D.F. pp. 10
- Ruiz, L., Corlay, I. & Vázquez, F. (2001). Los problemas depresivos en el contexto médico. *CCAD Psiquiatría-1,4*. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.
- Sarason, I. (1985). *Psicología Anormal*. México: Trillas.

- Schwarzenberg (1981). ¿Qué impacto tiene en el enfermo la palabra Cáncer? Recopilado en Saad, K. & Claude, J. *Cáncer los grandes especialistas responden*. España: Aguilar.
- Secín, R. & Rivera, B. (2000). Los Trastornos de Ansiedad en la Psiquiatría de Hospital General. *PAC Psiquiatría-2*, 6. APM.
- Simón, M. A. (1993). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Tenorio, G. (1983, Junio). Tratamiento integral del cáncer: Mito y realidad. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*.
- Zuckermann, C. (1986, Junio). Actualidad en Cancerología. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*.

ANEXO 1

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y CÁNCER DE MAMÁ

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama supone el 28% de todos los cánceres no dermatológicos y el 18% de todas las muertes por cáncer en la mujer. La incidencia del cáncer de mama ha aumentado constantemente desde 1930, pero la mortalidad se ha mantenido entre el 35 y el 50%, aunque el índice de fallecimiento aumenta con la edad. A la edad de 45 años la curva de incidencia alcanza el primer pico (Di Saia & Creasman, 1994).

Se estima que en Estados Unidos de Norteamérica se presentaron 175,000 nuevos casos en el año de 1991, la incidencia de este cáncer se incrementó en un 3% anual en 1980 en México, a inicios de los 90's la frecuencia se elevó en un 72%, la tasa cruda de mortalidad en mujeres mayores de 25 años se incrementó de 9.5 a 13, el peso relativo en la mortalidad por tumores se triplicó (Lazcano-Ponce, 1996). El primer lugar de todos los cánceres lo ocupa el cervicouterino, seguido por el de mama; de acuerdo al registro de cáncer, en los hospitales de población cautiva y abierta (Seguro Social, Salubridad, ISSSTE, PEMEX y Militar) se puede observar esta relación, misma que se invierte en los hospitales privados, donde el primer lugar lo ocupa el cáncer de mama.

La detección del cáncer va a suponer al paciente importantes conflictos en el ámbito personal, familiar y social. En adultos jóvenes se observan respuestas con importante irrupción de angustia, que puede derivar hacia una posición de notable implicación en su proceso de enfermedad y tratamiento, que dispone a la actividad en mayor grado que a la pasividad. En pacientes de edad más avanzada, de 55 en adelante, suele darse una respuesta de inhibición, de resignación, debido a que la continuidad en las experiencias de su vida se irrumpe igual que en el caso de los jóvenes (Coll, 1991).

Todas las pacientes con cáncer de mama experimentan una creciente ansiedad ante los cambios de humor y de conducta; entre las manifestaciones se pueden citar silencio estoico, retraimiento social, depresión y ansiedades constantes, dichos cambios suelen ser pasajeros o no, a menudo pueden alcanzar equilibrio psicológico y social gracias a la energía personal que muchas

personas encuentran dentro del contexto de sus creencias, la familia y otros sistemas de apoyo. Las personas que encuentran graves problemas para hacer frente al estrés de su enfermedad y su tratamiento o dificultades crónicas, presentan generalmente condiciones premórbidas que aumentan considerablemente su vulnerabilidad (Hersh, 1989).

El mundo evoluciona así como la forma de ver las cosas se modifica, por lo que es necesario que en esta era donde el cáncer tiene mayor número de manifestaciones y siendo estas más agresivas cada vez, es fundamental que las terapéuticas evolucionen de igual manera, es esencial que se recurra a la opinión y trabajo de diversos especialistas para conformar un plan de ataque para esta causa, que permita preparar al paciente en todos los aspectos que pueden influir en lograr una mejor calidad de vida o en su momento de muerte; en este proceso el psicólogo puede contribuir en todas las etapas y de esta manera confirmar que la psicología no se antepone a la medicina, al contrario puede fortalecer el trabajo médico al actuar en conjunto.

Con la terapia racional emotiva se han desarrollado estudios en diferentes áreas de la salud con la finalidad de explicar la interacción de las ideas irracionales dentro de la dinámica de una enfermedad, así como comprobar la eficacia de la TRE en este intento de la psicología de otorgar tratamientos integrales para las enfermedades. La TRE provoca un cambio en el afrontamiento irracional, es decir la combinación de cogniciones (ideas irracionales) y comportamientos anormales (impulsividad y compulsividad), depresión y estrés (Hutchinson, Peckman, Cheong & Nagoshi, 1998).

Por todo lo anterior y haciendo referencia a las creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que pueden favorecer o no el afrontamiento en las condiciones más adversas se ha escogido La Terapia Racional Emotiva como técnica para proporcionar a las pacientes este tratamiento integral antes mencionado que se pretende que concluya en resultados positivos relacionados a la calidad de vida de estas pacientes..

MARCO TEÓRICO

Cáncer de mama

El cáncer de mama es el más fatal de los cánceres femeninos, frecuentemente descubierto por la propia paciente, ha dado lugar a innumerables publicaciones, biopsias y exámenes radiográficos; su tratamiento es el que suscita más controversias, por lo que amerita una mejor planeación terapéutica. Siendo uno de los más antiguamente conocidos y descritos, ya que existen datos sobre tumoraciones mamarias en la medicina egipcia y concretamente referidos a neoplasias malignas, en la medicina griega y romana.

CÁNCER DE MAMA: FACTORES DE RIESGO NO FAMILIARES

1. Sexo (99% en mujeres)
2. Edad (85% más de 40 años)
3. Alteraciones fibroquísticas proliferativas con y sin atipia (2-5/1)
4. Cáncer previo en una mama (5/1)
5. Nulipara en comparación con multipara (3/1)
6. Primer parto después de los 34 años (4/1)
7. Menarquia antes de los 12 años (1,3/1)
8. Menopausia después de los 50 años (1,5/1)
9. Opulencia en comparación con pobreza (2/1)
10. Judíos en comparación con no judíos (2/1)
11. Hemisferio occidental en comparación con hemisferio oriental (1,5/1)
12. Climas fríos en comparación con climas cálidos (1,5/1)
13. Estrés psicológico crónico (2/1)
14. Obesidad (2/1)
15. Tríada de obesidad, hipertensión y diabetes (3/1)
16. Ingestión elevada de grasa en la dieta (3/1)
17. Raza blanca en comparación con la asiática (5/1)

FACTORES DE ALTO RIESGO EN EL CÁNCER DE MAMA

1. Edad superior a 40 años
2. Historia familiar: familiares de primer grado
3. Historia obstétrica: paridad tardía (más de 35 años)
4. Cáncer previo en una mama
5. Cáncer en otros órganos como endometrio u ovario
6. Alteraciones fibroquísticas: tipo proliferativo
7. Obesidad
8. Menor competencia inmunológica
9. Exposición exagerada de la mama a la radiación
10. Ingestión elevada de grasas en la dieta

Los factores pronósticos que tiene marcada relevancia e influyen directamente en la supervivencia de las pacientes son la edad, el tamaño del tumor y las metástasis a ganglios linfáticos. Del número de ganglios afectados dependerá la supervivencia de las pacientes, a esto se suman las características de la respuesta del tejido linfóide ganglionar a las metástasis. Las pacientes con ganglios negativos o con metástasis menores de 2mm (micro-metástasis) sin importar el número, tienen una expectativa mayor de vida (Martell, Hernando & Serrano, 1994).

Ansiedad

La hospitalización por sí misma constituye un cambio ambiental (programado o repentino) que conlleva estímulos externos e internos amenazantes como son el potencial riesgo por la integridad corporal mediante procedimientos y tratamientos invasivos, separación de familiares cercanos, intimidad forzada con extraños; así como la amenaza constante de dolor, de enfermedad, de invalidez, y/o de muerte. La ansiedad puede presentarse como síntoma pero también como síndrome o trastorno y afecta al paciente médicamente enfermo.

La ansiedad se define como un estado de miedo o sentimiento subjetivo de aprehensión que se acompaña de signos y síntomas de sobreactivación autonómica, alteraciones psicológicas y cognitivas, donde no existe un factor precipitante identificado. Jaspers la definió como un "un estado psicológico primario, análogo a la angustia vital y ligada a sensaciones corporales y a un sentimiento vivaz de inquietud, estado afectivo de excitación interior". De acuerdo con Hall (1980, en Secín & Rivera, 2000), puede manifestarse con alteraciones en cualquier sistema del organismo. La ansiedad puede presentarse de forma aguda o crónica, la primera como una señal de alarma o pánico, severa y de corta duración, y la segunda como una experiencia constante, crónica que produce en la persona un estado de hipervigilancia (Charney-Redmond, 1983; Insel et al., 1984; en Secín & Rivera, 2000). La ansiedad patológica se caracteriza por su autonomía relativa, es decir, independiente de los estímulos ambientales; su intensidad o la severidad de sus síntomas; la duración, cuando sobrepasa el tiempo de adaptación, y conducta, si el funcionamiento se encuentra alterado. Por otra parte, deben diferenciarse las causas que intervienen para dar un tratamiento apropiado y específico.

La ansiedad se puede experimentar a nivel cognoscitivo a través de pensamientos centrados en la amenaza de un potencial daño físico o emocional; a nivel afectivo, con la sensación subjetiva de miedo y aprehensión; a nivel físico, mediante síntomas y a nivel conductal, respondiendo con evitación y/o limitación funcional en una o varias áreas de la vida del individuo (Secín & Rivera, 2000).

Signos y Síntomas de ansiedad:

- Anorexia
- Disminución de la atención
- Boca seca
- Cefalea
- Disminución de la concentración
- Diaforesis
- Diarrea
- Disfunción sexual
- Disnea
- Dolor abdominal
- Dolor u opresión precordial
- Flatulencias
- Aumento en la frecuencia urinaria
- Hiperventilación
- Irritabilidad
- Mareo
- "Mariposas en el estómago"
- Meteorismo
- Náuseas
- Palpitaciones
- Ruborización
- Palidez
- Parestesias
- Respiración acortada
- Taquicardia
- Temblor
- Tensión muscular
- Vómito

Depresión

La solicitud de evaluación de síntomas depresivos en un paciente médicamente enfermo, es uno de los principales motivos de interconsulta para el psicólogo de la salud. El término depresión es una expresión usada de manera cotidiana por los médicos primarios; sin embargo, el significado de este término puede variar considerablemente, por ejemplo (Márquez, 1992):

- a) Puede ser parte de la sintomatología de una enfermedad orgánica.
- b) Efecto secundario al tratamiento médico.
- c) Reacción de tristeza, normal y esperable frente a un estrés o enfermedad física grave.
- d) Trastorno depresivo

Prevalencia

Dependiendo de la enfermedad y la metodología empleada, la prevalencia de depresión mayor en pacientes médicamente enfermos puede variar entre 5% y 42% (infarto agudo del miocardio 18 a 27%, insuficiencia renal crónica terminal, 30%; cáncer, 20 a 42%); aumentando la frecuencia hasta 83% cuando se asocia a enfermedades del Sistema Nervioso Central (Márquez, 1992).

Diagnóstico

Los criterios del CIE-10 nos dicen que el paciente que padece de depresión ya sea leve, moderada o severa sufre de humor depresivo, una pérdida de la capacidad para interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Además de:

- a) La disminución de la atención y la concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).

- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o pensamientos repetitivos de muerte.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias y síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de depresión en cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere de una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Terapia Racional Emotiva.

Definición de Terapia Racional Emotiva (TRE)

La TRE es una técnica terapéutica de corte cognoscitivo, sus orígenes se remontan al año de 1957 cuando se publica el primer libro de Albert Ellis "How to live with a neurotic", creador de esta terapia. Empleando métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integral. Por una parte, la TRE puede ser utilizada para ayudar a las personas a superar sus sentimientos y conductas inapropiadas, y por otra, es una terapia filosófica y teórica que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, las dinámicas a utilizarse tienen la finalidad de mostrar a los sujetos cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

La TRE no pretende ser puramente objetiva, científica o técnica, sino que es una aproximación humanístico-existencial a los problemas humanos y a sus soluciones. Se ocupa principalmente de las conductas, emociones y evaluaciones de las personas perturbadas. Plantea la hipótesis de que no existe nada súper humano, ya que esta creencia en lo súper humano favorece la dependencia e incrementa las perturbaciones emocionales (Ellis & Abraham, 1986).

La TRE ayuda a la gente a aceptar la realidad incluyendo la realidad sobre ellos mismos, sobre sus pensamientos y sentimientos rechazando la infundada evaluación adicional. No siempre es placentero aceptar la realidad, pero para poder ejercer un cambio sobre lo que no nos agrada es necesario primero reconocerla y aceptarla.

La TRE se desarrolla a partir de la concepción filosófica respecto al valor de los seres humanos y una base psicológica referente a la relación entre el pensamiento y la emoción.

Relación entre pensamiento y emoción

Las cogniciones, emociones y conductas no se experimentan de forma aislada sino que se superponen significativamente (Ellis & Abrham, 1986). La TRE ha insistido en la naturaleza inferencial de los acontecimientos y ha demostrado como los hechos, o mejor dicho, la forma en que percibimos los hechos, interactúan en nuestra evaluación cognoscitiva, emociones y conductas.

Para la TRE la estimulación ambiental no es la que determina la emoción humana, sino la cogniciones que ocurren a partir de la estimulación, de esta manera, la emoción estará estrechamente ligada al pensamiento, y si el pensamiento es en gran parte verbal, más que gráfico, las emociones estarán determinadas por las cadenas verbales, es decir, por la forma en que la persona se habla a sí misma. Así, dice (Ellis & Abrham, 1986) el ser humano se habla en forma lógica, madura, racional, difícilmente experimentará emociones negativas; pero, sí, por el contrario, se habla a sí mismo en forma ilógica, autoderrotista e irracional, su infelicidad y perturbación emocional se acrecentará.

Relación respecto al valor de los seres humanos

De acuerdo con Ellis & Pryden (1989) existe en el hombre una tendencia a evaluarse a sí mismo a partir de sus ejecuciones, sus conductas; pero lo que alguien hace y él, son cosas distintas, el hombre es valioso porque existe y nada de lo que haga en su vida hará que su valor como ser humano aumente o disminuya, porque su valor no depende de lo que haga, sino, simple y sencillamente, de su condición de ser humano.

A Partir de estas concepciones Ellis & Pryden (1989) plantea que los hombres son más felices cuando establecen metas y propósitos importantes en su vida y se esfuerzan por alcanzarlos. Suponiendo que las personas tiendan a ir directamente hacia sus metas, lo racional en la teoría de la TRE, es lo que ayuda a la gente a alcanzar sus metas y propósitos básicos por el contrario lo irracional es lo que los frena. La conceptualización de lo racional y lo irracional será definido más adelante dada su importancia dentro de esta teoría.

Modelo ABC

Desde el punto de vista de la TRE, esta concepción sobre la relación entre el pensamiento y la emoción es explicada en forma muy sencilla a partir del modelo ABC. "A" simboliza el acontecimiento desencadenante o activador, la letra "B" representa lo que la persona cree, es la idea que se ha generado (en inglés Belief, por eso se representa con una B) y "C" denota las respuestas emocionales y comportamentales o las consecuencias que derivan de esas creencias particulares en "B".

La persona que piensa irracionalmente tenderá a culpar a los demás, o a la suerte o a las cosas por las emociones que experimenta. Cree que la consecuencia emocional que experimenta en el punto C se debe al antecedente ambiental que ocurrió en el punto A.

Este tipo de personas cree que la emoción humana tiene una causa externa, el error está en que entre A y C ocurre B, esto es, ocurren una serie de pensamientos, una serie de cosas que las personas dicen de sí mismas, a partir de los antecedentes ambientales. La TRE ha podido constatar que los seres humanos realizan muchos actos ilógicos cuando están alterados, tales distorsiones cognoscitivas son una manifestación de alteración psicológica.

A lo largo del desarrollo de la teoría de la TRE Ellis concluye que en general existen 10 ideas irracionales, las cuales son:

1. Para un adulto existe una necesidad de cariño y aprobación de los demás.
2. La felicidad aumenta con la inactividad y el ocio indefinido.

3. Ciertas personas viles deberán ser castigadas.
4. Es horrible cuando las cosas y personas no son como quisiera que fueran.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias.
6. Hay que sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida.
7. Es más fácil evitar los problemas que hacerles frente.
8. Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.
9. El pasado tiene mucho que ver en la determinación del presente.
10. Hay que ser indefectiblemente competente y perfecto en todo.

Existen, según Ellis, cuatro formas principales de ideas irracionales, éstas son: las demandas, la ideación catastrófica, la incapacidad personal y, por último, las condenas.

Demandas

Implican la certeza de que hay leyes absolutas y universales. Son exigencias infantiles, que se expresan en términos de "debe" "tiene que", "debía" "tendría que", por ejemplo, la gente debe de ser de tal o cual manera, las cosas tienen que salir de esta o aquella forma.

Catastrofización.

Es el hecho de considerar que cuando las cosas no son como uno cree que "deberían" ser entonces la situación es catastrófica, es decir, se exageran las consecuencias de nuestra conducta o de los demás, esperando un desastre.

La incapacidad personal.

Se refiere al hecho de no tener control sobre la gran mayoría de las situaciones, es decir, pensar que el control de la situación no está en manos de la persona.

Condenas.

Las condenas más frecuentes se dirigen hacia los demás o hacia uno mismo, lo que se hace constantemente es una evaluación de si mismo y de los demás, cuando se compromete una evaluación, se enfoca típicamente en características específicas, conductas o efectos, evaluados de acuerdo con algún estándar o valor deseado.

Como se puede observar las ideas básicas no actúan en forma aislada, sino que actúan en forma dependiente unas de otras. En general, estas ideas surgen a partir de:

1. *Hipergeneralización*-, es decir, a partir de un hecho aislado se hace una regla general y universal.
2. *Razonamiento emocional*, esto es, creer que lo que se piensa es lo cierto, suponer que las cosas son de la forma en que las siente la persona.
3. *Autoacusación*- Nos culpamos permanentemente de cosas que no nos corresponden, es decir sentimos responsabilidad de todo.
4. *Lectura de la mente*- Sin que los demás digan nada nosotros sabemos lo que están sintiendo los demás y porque actúan como lo hacen, sin tener evidencia real de que las suposiciones sean correctas.
5. *Personalización*- Pensar que todo lo que las personas dicen o hacen es un tipo de reacción hacia uno mismo.
6. *Ser extremista*- Llevar las cosas a sus extremos en categorías de blanco o negro sin términos medios.
7. *Catastrofizar*- Exagerar las consecuencias de la propia conducta o de los demás.

Ideas Racionales e Irracionales

Como se ve anteriormente se habla ya del pensar irracional, ¿Pero como diferenciar entre una idea racional y una irracional?

El pensar racionalmente consiste en evaluaciones que son relativas. Es decir no son ideas absolutas y/o predeterminadas, las cuales pueden ser experimentadas empíricamente como preferencias y deseos. Las creencias racionales son cogniciones evaluativas propias de cada persona y con un sentido de tipo diferencial. Se expresan en la forma de "me gustaría", "quisiera", "no me gustaría", "preferiría", "desearía", etc. Los sentimientos positivos de placer y satisfacción se experimentan cuando las personas consiguen lo que desean. Estas creencias son racionales por dos aspectos: primero, porque son relativas y segundo porque no impiden el logro de objetivo y propósitos básicos (Wessier & Wessier, 1980).

El modo de pensar irracional consiste en la evaluación derivada de premisas no empíricas. La persona que piensa irracionalmente tenderá a culpar a los demás, a la suerte o a las cosas por las emociones que experimenta, es decir poseen un locus de control externo: hace todo a partir de las exigencias externas, pero, además de todo, esta autoexigencia es exagerada pues siempre busca este reconocimiento externo. Las ideas irracionales se expresan en oraciones que contienen palabras como debo de, tengo que, es mi obligación, etc. estas palabras implican prescripciones incondicionales o demandas. Provocan emociones negativas que interfieren en la persecución y obtención de metas.

Las creencias racionales e irracionales pueden ocurrir en respuesta de cualquier evento, es decir, vemos aquí la idea de Ellis de que no es el acontecimiento en sí lo que causa las respuestas emocionales, sino el valor que queremos darles, dependerá de cada uno el ver las cosas racional o irracionalmente.

El pensar irracional está compuesto por al menos dos de los tres siguientes componentes: catastrofizar, demandar, y evaluación de sí mismo y de los otros. La catastrofización es uno de los componentes mayores de la evaluación de las ideas irracionales.

La TRE sostiene, como se mencionó antes, que los seres humanos tienen una tendencia biológica a tener pensamientos irracionales. Sin embargo, los seres humanos tienen una segunda tendencia biológica básica, destinada a ejercitar la capacidad de elección y trabajar contra el pensamiento irracional (Ellis & Pryden, 1989). Por eso, tienen, 1) la habilidad de darse cuenta de que

se trastornan a sí mismos por su visión irracional de las situaciones 2) la habilidad de darse cuenta de que pueden cambiar sus pensamientos y 3) la habilidad de trabajar activa y continuamente para cambiar estos pensamientos, mediante la aplicación de métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales.

Todas las personas pueden hacer peticiones de carácter absoluto a sí mismos, a otras personas y al mundo, sin embargo, estas peticiones podemos incluirlas en dos categorías principales de perturbaciones psíquicas: perturbaciones del yo y perturbaciones de incomodidad (Wessler & Wessler, 1980).

Perturbaciones del Yo.

Una persona se hace peticiones a sí misma a otros y al mundo y si estas peticiones no se satisfacen en un tiempo determinado la persona condena su "sí mismo". La autocondena incluye una "reprimenda" negativa al "self" y clasifica a este self como malo o infra valorado. La alternativa racional y saludable a la autocondena es la autoaceptación que implica el negar dar una reprimenda al self y reconocer las fallas.

Perturbaciones de incomodidad.

La persona de nuevo hace peticiones a sí mismo, a otros y al mundo, pero se trata de peticiones dogmáticas que crean bienestar y condiciones de vida cómodas que deben existir. Tolerar el malestar con el fin de lograr nuevos objetivos y una felicidad a largo plazo, es la alternativa racional y saludable a cualquier demanda de gratificación inmediata.

Para la TRE la autoaceptación y un alto nivel de tolerancia a la frustración son los dos pilares básicos de un estilo de vida psicológicamente sano.

El cambio de las ideas irracionales

Existen varios niveles de cambio. La teoría racional-emotiva dice que los cambios más duraderos que pueden producir los individuos son aquellos que incluyen una reestructuración filosófica de creencias irracionales. El cambio a este nivel puede ser específico o general (Ellis & Pryden, 1989). El cambio filosófico significa que los individuos cambian sus exigencias absolutistas irracionales (los "debo") por unas preferencias relativas racionales en una situación concreta. El cambio filosófico general supone que la persona adopta una actitud no ferviente hacia los acontecimientos vitales en general.

Para efectuar un cambio filosófico tanto a nivel específico, como general, se aconseja a las personas que:

1. Se den cuenta de que ellos crean, en gran medida sus propias perturbaciones psicológicas y que aunque las condiciones ambientales pueden contribuir a sus problemas, en general estas tienen un papel secundario en el proceso de cambio.
2. Reconozcan por completo que las personas tienen la capacidad de cambiar significativamente estas perturbaciones.
3. Comprendan que las alteraciones y conductas provienen la mayoría de las veces de creencias dogmáticas absolutistas e irracionales.
4. Detecten sus creencias irracionales y las diferencien de sus alternativas racionales.
5. Refuten estas creencias irracionales usando los métodos lógico-empíricos de la ciencia.
6. Trabajen para interiorizar sus nuevas creencias racionales.
7. Continúen este proceso de enfrentarse a las creencias irracionales y de usar métodos de cambio multimodales para el resto de sus vidas.

La idea del cambio del pensamiento irracional, se inicia con la intervención del terapeuta enseñando a los pacientes el análisis, y sustitución del pensamiento irracional. Ellis & Pryden (1989) propone cinco pasos a seguir:

- 1) Identificación de las ideas irracionales.
- 2) Establecer en la persona la concepción de la responsabilidad personal sobre las emociones.
- 3) Instruir a la persona sobre las principales concepciones irracionales acerca del mundo y de la gente, demostrando el porque son irracionales.
- 4) Presentar alternativas más racionales y menos autoderrrotistas que puedan sustituir a los patrones de pensamiento irracional.
- 5) Capacitar al sujeto para que, por si sólo pueda cambiar su pensamiento irracional, demostrar sus fallas lógicas, encontrar argumentos racionales y cambiar sus emociones perturbadas.

Retomando el modelo ABC los cinco pasos anteriores pueden expresarse de la siguiente forma:

En A, la persona describirá el antecedente ambiental que generó una cadena de pensamientos irracionales que ocurrieron en el punto B, las cuales desataron una serie de consecuencias emocionales en el punto C, posteriormente, se agrega el punto D, en donde se debaten los pensamientos irracionales del punto B, desarrollando un nuevo efecto emocional en un punto E.

TRE y Salud

El modelo médico, es decir, el que supone la existencia de un microorganismo responsable de la enfermedad, ha demostrado su inadecuación para solucionar todos los problemas relacionados a tales males. Su principal desventaja es creer que mediante la sola utilización de la teoría bioquímica se aborda exclusivamente la totalidad de la enfermedad. A partir de esta crisis del modelo médico, el psicólogo clínico se ha vinculado al tratamiento de las enfermedades, ya que por sí sólo dicho modelo no podía dar cuenta de las diferentes patologías. Este fue probablemente el surgimiento de la medicina conductual, la cual, gracias a toda la serie de teorías psicológicas ha desarrollado diferentes técnicas de intervención en el campo de las enfermedades crónicas.

La investigación que nos interesa al respecto, es la relacionada con la terapia racional emotiva, de la cual se han desarrollado estudios en diferentes áreas de la salud con la finalidad de explicar la interacción de las ideas irracionales dentro de la dinámica de una enfermedad, así como comprobar la eficacia de la TRE en este intento de la psicología de otorgar tratamientos integrales para las enfermedades. A continuación se presentan unos ejemplos al respecto.

203 estudiantes usuarios de alcohol fueron estudiados por Hutchinson et al. (1998) por medio de un cuestionario, con cual se investigó: los niveles de alcohol usado, problemas de moderados a severos con el mismo, y medidas de vida estresante; impulsividad, compulsividad, ideas irracionales y depresión. El afrontamiento irracional, es decir la combinación de cogniciones (ideas irracionales) y comportamientos anormales (impulsividad y compulsividad), depresión y estrés produjeron moderadas correlaciones con los problemas con el uso de alcohol.

En el estudio de Rubin, Walen y Ellis (1990) a una muestra de pacientes con Diabetes se les aplicó Terapia Racional Emotiva, puesto que a decir de los autores, el manejo de la diabetes puede estar afectada por distrés emocional, ya que, directamente, el estrés tiene un efecto sobre el control glicémico e indirectamente, por las rutinas de autocuidado. Las técnicas incluidas fueron la identificación de situaciones problemáticas relacionadas con la diabetes, aceptación de la realidad y rechazo a las ideas irracionales. Los resultados mostraron la eficacia de la TRE para el logro de un mayor control y autocuidado de la salud de los pacientes estudiados.

Cowan y Brunero (1998) reporta un estudio piloto sobre la efectividad de la TRE en un grupo de tratamiento seleccionado de clientes que sufrían desordenes de ansiedad. La muestra quedó conformada por 17 sujetos quienes terminaron el programa de tratamiento. La Información de ansiedad y depresión fue obtenida por datos biográficos y la intervención se enfocó a identificar y corregir las ideas irracionales por medio de las técnicas de la Terapia Racional Emotiva. Los resultados sugieren que la aproximación del tratamiento funciona para modificar las ideas irracionales y la ansiedad.

Moller y Botha en 1996 trabajaron con una muestra de 44 pacientes con patrón de conducta tipo A. Dichos sujetos fueron divididos en dos grupos, uno control y otro experimental, el primero

participó en un grupo de Terapia Racional Emotiva, en nueve sesiones semanales, y el segundo recibió el mismo tratamiento pero con un retardo. Los análisis comparativos entre los dos grupos indicaron que la terapia reduce significativamente la intensidad del patrón tipo A, estos cambios se mantuvieron en el seguimiento acompañado de autorreportes de cambios positivos en la conducta tipo A y las ideas irracionales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen cambios en la depresión y la ansiedad de un grupo de pacientes con cáncer (Ca) de mama después someterse a Terapia Racional Emotiva (TRE)?

OBJETIVOS GENERALES

- Crear un grupo de Terapia Racional Emotiva (TRE) para ayudar a disminuir el impacto psicológico que presentan pacientes con Cáncer de mama que asisten al servicio de Clínica de Tumores Mamarios del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).
- Brindar una atención integral a la paciente, ayudando a la adherencia terapéutica y a posibles complicaciones relacionadas a la enfermedad y los estados psicológicos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar la depresión y ansiedad que presenta un grupo de pacientes y conocer si estas se modifican después de una intervención en grupo con TRE.

HIPÓTESIS.

Hipótesis conceptual

Existirán cambios en la depresión y la ansiedad de un grupo de pacientes con Ca de mama después del tratamiento psicológico (TRE).

Hipótesis de trabajo.

Habrá diferencias en los puntajes pre y post, de los test de depresión y ansiedad de un grupo de pacientes con Ca de mama que asisten al servicio de Tumores Mamaros del INCan.

Hipótesis estadísticas

Habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los test de ansiedad y depresión, antes y después del tratamiento psicológico (TRE).

Hipótesis nulas

No habrá diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de los test de ansiedad y depresión antes y después del tratamiento psicológico (TRE).

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variable independiente: Terapia Racional Emotiva

Variable dependiente: Ansiedad y depresión

Definiciones conceptuales:

Terapia Racional Emotiva: Terapia de corte cognoscitivo-emotivo-conductual que pretende ayudar a las personas a ver sus creencias irracionales para posteriormente modificarlas (Ellis & Abrham , 1986).

Ansiedad: Se trata de una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas u orgánicas en el sujeto; implica sensaciones concientes de temor, aprehensión, anticipación de peligro o amenaza; habitualmente sin facultad para descubrir una amenaza determinada que pudiera explicar estas sensaciones (Maher, 1970).

Depresión: Desorden psicológico que incluye sentimientos intensos de tristeza, desamparo, desesperanza y falta de energía (Baron, 1996).

Definiciones operacionales:

Depresión: Respuestas al Inventario de Depresión de Beck.

Ansiedad: Inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado (IDARE).

Terapia Racional Emotiva: Grupo de técnicas y dinámicas encaminadas al autorreconocimiento, por parte de los pacientes, de las ideas irracionales que emplean; y la capacitación de los mismos para analizar, combatir y sustituir el pensamiento irracional. Que consistirá en una terapia de grupo en siete sesiones con una duración de una hora con treinta minutos, cada una.

MÉTODO.

Tipo de estudio.

Descriptivo-correlacional.

Diseño.

Cuasiexperimental, pretest-postest (muestras relacionadas)

Tipo de muestra.

Muestra no probabilística de tipo intencionado por cuotas.

SUJETOS.

El grupo quedará conformado por 12 pacientes de entre 35 y 60 años de edad, que asistan al servicio de Tumores Mamaros del INCAN y que hayan sido mastectomizadas no más de 2 meses antes del inicio del estudio.

INSTRUMENTOS.

- Cuestionario de datos sociodemográficos.
- Depresión: Respuestas al inventario de depresión de Beck estandarizado para la Ciudad de México. Con una consistencia interna de .87
- Ansiedad: Inventario de ansiedad de rasgo (IDARE). Confiabilidad alfa de .92

PROCEDIMIENTO.

- A. Se detectarán las pacientes del servicio de Tumores mamaros que cubran con las características requeridas para el estudio y se les invitará a participar en el grupo.
- B. Se les aplicará el pretest. La aplicación de los instrumentos se realizará en forma grupal.
- C. Se trabajará con ellos durante siete sesiones:
 - 1ª. Sesión Presentación y explicación de la finalidad del grupo, integración grupal. Experiencia de la enfermedad en cada uno de los miembros del grupo.
 - 2ª Sesión. Revisión teórica del surgimiento y mantenimiento de las ideas irracionales. Diferenciación entre evento, emoción y pensamiento. Modelo ABC.
 - 3ª Sesión. Modelo ABC con ejemplos prácticos.
 - 4ª Sesión. Ideas irracionales en relación a la percepción de la pérdida

Y afrontamiento a la enfermedad.

5ª Sesión. Ideas irracionales en relación a la adherencia terapéutica,
A la dieta y a las actividades recreativas.

6ª Sesión. Generalizar a situaciones en casa.

7ª Sesión. Resultados y funcionalidad de lo visto durante las anteriores sesiones y
Sierre de la Terapia.

C. La segunda aplicación se llevará a cabo también de manera grupal, al finalizar las siete sesiones de tratamiento.

D. Por otro lado se seleccionarán doce mujeres que formarán el grupo control, se les aplicarán los instrumentos al inicio y 4 semanas después.

D. Se llevará a cabo una tercera aplicación a ambos grupos pasadas ocho semanas de finalizado el tratamiento, esto con el objetivo de observar el mantenimiento de los cambios.

BIBLIOGRAFÍA

Baron, R. (1996). *Psicología*. México: Prentice Hall.

Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica: prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*. España: Martínez-Roca.

Cairns, J. (1981). *Cáncer y mortalidad*. España: Reverte.

Cárdenas, G., Vite, A., Aduna, A., Echeverría, L. & Ayala, H. (1993). Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 6 (1) (2), 195-205.

Coll, E. (1991). Repercusiones psíquicas del cáncer de mama: efectos psíquicos de la vasectomía. *Psiquis*, 12, 372-379.

- Cowan, D. & Brunero, S. (1998, Diciembre). Group therapy for anxiety disorders using rational emotive therapy. *Mental Health Nurse*, 6(4), 164-168.
- Di Saia, P. & Creasman, W. (1991). *Ginecología oncológica*. Argentina: Médica Panamericana.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. & Falke, R. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11 (2), 79-87.
- Ellis, A. & Abrham, E. (1986). *Terapia racional emotiva*. México: Pax.
- Ellis, A. & Pryden W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. España: Descleé de Broker.
- Endler, N. & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.
- Hersh, S. (1989). Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. *Psycho-oncology*, 3.
- Hutchinson, G., Peckham, J., Cheong, J. & Nagoshi, C. (1989). Irrational beliefs and behavioral misregulation in the role of alcohol abuse among college students. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 16 (1), 61-75.
- Joya, L. & Ortega, R. (1994). *Validación de la Escala de Afrontamiento de Lazarus en una población mexicana*. Manuscrito en imprenta.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Lazcano-Ponce, T. (1996). Cáncer de mama: un hilo conductor histórico, presente y futuro. *Salud Pública*, 38(2), 139-152.
- Maher, B. (1970). *Principios de psicopatología*. España: Mc Graw Hill.
- Márquez, M. (1992). Depresión en el paciente médicamente enfermo. *Memorias del curso monográfico sobre depresión*. Hospital Regional , 20 de Noviembre, México, D.F.
- Matell, G., Hernando, J. & Serrano, M. (1994). Estudio retrospectivo 1982-1986 de los factores pronósticos de 560 casos de cáncer de mama. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 40 (2).
- Molier, A. & Botha, H. C. (1996). Effects of a group rational emotive behavior therapy program on the type A behavior pattern. *Psychological Reports*, 78, 947-961.
- Morris, C. (1992). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Forma.

- Rubin, R., Walen, S. & Ellis, A. (1990). Living with diabetes. Special issue: Cognitive-behavior therapy with physically people. *Journal of Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 8(1), 21-39.
- Ruiz, F. (1996, 7 de Abril). Sufre depresión el 60% de las personas con cáncer. *Periódico la Prensa*. México, D.F. pp. 10
- Sánchez-Cánovas, J. (1991). *Evaluación de las estrategias de afrontamiento*. España: Universidad de Valencia.
- Schwarzenberg (1981). ¿Qué impacto tiene en el enfermo la palabra Cáncer? Recopilado en Saad Khoury y Claude Jasmin. *Cáncer los grandes especialistas responden*. España: Aguilar.
- Secín, R. (1984). Acontecimientos vitales y enfermedad neoplásica. *Salud Mental*, 7 (4), 67-70.
- Secín, R. y Rivera, B. (2000). Los trastornos de ansiedad en la psiquiatría de hospital general. *PAC Psiquiatría-2*, 6. APM.
- Tenorio, G. (1983, Junio). Tratamiento integral del cáncer: mito y realidad. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*.
- Wessler, R. A. & Wessler, R. L. (1980). *The principles and practice of rational emotive therapy*. USA: Jossey-Bass.
- Zautra, A., Guarnaccia, C. & Dohrenwend, B.P. (1986). Measuring Small Life Events. *American Journal of Community Psychology*, 14 (6), 629-655.
- Zuckermann, C. (1986, Junio). Actualidad en Cancerología. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*.

ANEXO 2

CURSO - TALLER "PREPARACIÓN DE PACIENTES PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS- INVASIVOS: ASPECTOS COGNITIVOS Y CONDUCTUALES"

JUSTIFICACIÓN

El sentido humano del médico es necesario, frente al temor que aqueja a cualquier paciente cuando alguna alteración orgánica se prolonga; ya que teme por su vida, teme por una posible incapacidad física, teme a un aislamiento social, teme a un derrumbe económico, este temor, si persiste, se convierte primero en ansiedad ante la incógnita del futuro, luego se convierte en angustia de que pueda sobrevenir la invalidez y el dolor y así llegar a una depresión difícil de corregir. Todo esto hay que advertirlo desde el primer momento en que se asiste al paciente; la función profesional es principalmente evitar que este temor se convierta en ansiedad, en angustia, o en depresión. Hay que recordar que la medicina es una ciencia, pero la atención de los enfermos es un arte.

La hospitalización es ya en sí una experiencia que produce ansiedad y predispone al paciente a la depresión y al retraimiento; y cuando la enfermedad amerita estancia prolongada en cama, o cuidados intensivos que disminuyan física y emocionalmente la independencia y autosuficiencia del adulto puede determinar la regresión a un estado infantil, caracterizado por debilidad, pasividad y mayor dependencia; esta situación que culturalmente es aceptada en un individuo enfermo, es bien tolerada en los padecimientos agudos; tan es así que en ocasiones el médico la fomenta, ya que bajo estas condiciones el paciente se torna más obediente y cooperador.

Se sabe que un individuo bajo estrés es más vulnerable a enfermedades infecciosas. Hoy día, en un estudio realizado en Columbus, se encontró que el estrés también puede afectar la curación de heridas. Las implicaciones clínicas de este estudio podrían tener un impacto especialmente importante sobre la recuperación quirúrgica.

En estudios anteriores estos mismos investigadores demostraron que el estrés puede afectar muchas características de la función inmune celular, incluida la producción de citosina.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

De igual manera sugirió que deberían efectuarse estudios con técnicas reductoras de estrés en pacientes que van a someterse a cirugía o inmediatamente después de ésta, o ambos, para ver si dichas técnicas tienen algún efecto sobre la necesidad de atención o sobre la rapidez de recuperación de los pacientes (Mundo Médico, 1996).

Las técnicas psicológicas se enfocan al alivio de los miedos asociados con los procedimientos médicos invasivos y la reducción del estrés psicológico. Estas técnicas son dominadas fácilmente por el personal médico; además de reducir la angustia de pacientes y familiares, la preparación psicológica también anima a un mejor cumplimiento de las instrucciones dadas por el personal médico, acorta la estancia en el hospital y decremента la cantidad de medicamentos para aliviar el dolor.

Finalmente, puede decirse que el conocimiento de los factores psicológicos en la comprensión de la enfermedad aún no es muy extenso, aunque se a avanzado, aun se puede mejorar el conocimiento sobre los factores psicológicos atendiendo los pensamientos, emociones y conductas de las personas. La investigación reciente ha mostrado que las aproximaciones cognitivo – conductuales han probado ser efectivas de dos maneras; primero, son efectivas en reducir la ansiedad y el dolor experimentados durante una variedad de procedimientos médicos invasivos tanto con adultos como con niños. Segundo, el costo-beneficio de las estrategias cognitivo-conductuales es adecuado en términos de que no requieren mucho tiempo, materiales caros o recursos que no estén fácilmente disponibles.

MARCO TEÓRICO

Estrés y Eventos

El concepto de estrés ha sido considerado durante siglos, pero sólo recientemente se ha conceptualizado de forma sistemática y ha sido objeto de investigación. Se reconoció que el estrés representaba un aspecto inevitable de la vida y que lo que marcaba las diferencias en el funcionamiento social entre individuos era la forma en que cada uno lo afrontaba. Los avances en medicina psicosomática, conductual, psicología de la salud e intervención clínica, aumentaron el interés por el estrés provocado por los cambios implícitos en el proceso de envejecimiento, así como

por el entorno físico y la forma en que nos afecta (Lazarus & Folkman, 1986).

Los estímulos generadores de estrés se consideran generalmente como acontecimientos con los que tropieza el sujeto, así como determinadas condiciones originadas en el interior del individuo. Lazarus y Cohen (1977, en Lazarus & Folkman, 1986) hablan de tres tipos de acontecimientos, estímulos inductores de estrés o estresores: cambios mayores (a menudo se refieren a cataclismos y afectan a un gran número de personas), cambios mayores que afectan sólo a una persona o a unas pocas y, en tercer lugar, los ajetreos diarios

Los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera del control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo; también puede ocurrir que los acontecimientos estén fuertemente influidos por el individuo, como es el caso de los divorcios, de dar a luz o de someterse a un examen importante (Lazarus & Folkman, 1986).

La evaluación de las situaciones de vida constituiría un proceso, que sigue a la percepción del estímulo y que precede a la acción (Lazarus, 1966, 1974, 1980; en Lazarus & Folkman, 1986), en el cual el organismo divide los estímulos en positivos y negativos. Dependiendo de la evaluación, la conducta puede ser de acercamiento o evitación (enfrentamiento). Habitualmente se considera como negativos o aversivos a estímulos que son novedosos, intensos, que se asocian con experiencias previas negativas o que por predisposiciones hereditarias son evitados (Lazarus & Folkman, 1986). Del mismo modo un estímulo positivo puede transformarse en negativo dependiendo de las experiencias previas y de sus cualidades de novedad e intensidad. Tanto las situaciones estímulo positivas como negativas pueden ser estresantes para el individuo ya que exige un cambio vital para adaptarse a ellas (Holmes & Masuda, 1974, en Lazarus & Folkman, 1986).

“El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus & Folkman, 1986, p.43).

Es correcto medir el estrés como una entrada de información, como una respuesta o como una relación de tensión. El estrés por sí sólo no es suficiente para causar enfermedad, para que se dé una enfermedad relacionada con éste, han de darse también otras condiciones: tejidos vulnerables o procesos de afrontamiento inadecuados. Para la aparición y las consecuencias del estrés es necesaria la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno, así como una determinada combinación entre ellos (Lazarus & Folkman, 1986).

Para que la enfermedad tenga lugar, un elemento patógeno debe unirse con un organismo susceptible. Las características o el estado del sistema que es atacado son tan importantes como el agente externo. Una persona no se pone enferma como resultado único de la existencia de agentes nocivos en el medio ambiente, sino como resultado de ser sensible a la acción de estos agentes. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición de enfermar (Lazarus & Folkman, 1986).

El estrés puede provocar efectos sobre el individuo que dependen de factores situacionales y de afrontamiento, además del uso de apoyos sociales y características psicológicas propias (Dohrenwend, 1978, en Cárdenas, Vite, Aduna, Echeverría & Ayala, 1993).

Como consecuencia del estrés se presentan **cambios fisiológicos** que se reflejan en diferentes respuestas del organismo, algunas de ellas son:

1. Incremento en la presión sanguínea (sensación de mareo o zumbido)
2. Vasoconstricción (manos y/o pies fríos)
3. Taquicardia (corazón acelerado)
4. Hipertensión (sensación de mareo, zumbido, pesadez)
5. Aumento en la secreción intestinal (mariposas en el estómago)
6. Aumento en la actividad eléctrica muscular (tensión muscular)
7. Respuesta Galvánica de la piel (sudoración)

Los **síntomas** más frecuentes reportados por adolescentes y adultos de los efectos del estrés elevado y continuo son:

- Insomnio
- Sudor en las manos y/o frente
- Temblor de manos y piernas
- Dolor de cabeza y piernas
- Gastritis y colitis
- Dermatitis
- Falta de concentración
- Resequedad en la boca
- Problemas respiratorios
- Falta de apetito
- Ingestión excesiva de alimentos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor de nuca

Evaluación Cognitiva y Afrontamiento

El estudio de las causas generadoras de estrés psicológico debe hacerse a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera (Lazarus & Folkman, 1986).

Existe en psicología una antigua tradición fenomenológica por la que se considera que el significado de un acontecimiento para el individuo determina su respuesta emocional y conductual. El concepto de Lazarus y Folkman de evaluación cognitiva hace referencia a los

procesos de evaluación que median entre el afrontamiento y la reacción del sujeto; mediante estos el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar. Existen tres tipos de evaluación cognitiva (Lazarus & Folkman, 1986).

- Evaluación primaria consiste en la valoración de una situación como irrelevante, benigno-positiva, o estresante. Las valoraciones estresantes pueden tomar tres formas:
 - a) De daño/perdida, se refiere al perjuicio que el individuo ha sufrido ya.
 - b) De amenaza, se refiere a la anticipación de daño o pérdida.
 - c) De desafío, hace referencia a aquellos acontecimientos que significan la posibilidad de aprender o de ganar.

- Evaluación secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse. Incluye la valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento, de la posibilidad de que una estrategia determinada pueda aplicarse de forma efectiva y la evaluación de las consecuencias de utilizar una estrategia determinada en el contexto de otras interpretaciones y demandas internas y/o externas.

- La reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de una nueva evaluación recibida del propio individuo y/o del entorno. Una reevaluación difiere de una evaluación tan sólo en que la primera sigue a una evaluación previa.

El concepto de vulnerabilidad se haya estrechamente relacionado con el de evaluación cognitiva. Con frecuencia, la vulnerabilidad se considera en términos de recursos de afrontamiento; una persona vulnerable es aquella cuyos recursos de afrontamiento son insuficientes. Sin embargo, la vulnerabilidad psicológica viene determinada por la importancia de la amenaza implícita en la situación (Lazarus & Folkman, 1986).

Los procesos de evaluación cognitiva no son necesariamente conscientes, como tampoco son siempre accesibles los datos que la configuran. La evaluación cognitiva también puede estar determinada por datos de los que el individuo no tiene conciencia (Lazarus & Folkman, 1986).

De los factores personales más importantes que afectan la evaluación cognitiva se hallan los compromisos y las creencias. Los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones. Las creencias también determinan la forma en que una persona evalúa lo que ocurre o va a ocurrir a su alrededor. Aunque muchas creencias son importantes para la evaluación, las creencias existenciales y aquellas que se refieren al control personal son las que tienen un interés particular en la teoría del estrés. Las creencias sobre el control personal pueden ser generales y situacionales. Las primeras hacen referencia al grado en que una persona piensa que las situaciones pueden resultar controlables en general y son las que se afectan principalmente cuando esas situaciones son ambiguas. Cuanta menos ambigüedad exista en una situación, mayor es la probabilidad de que las evaluaciones situacionales de control afecten la emoción y el afrontamiento. Las creencias existenciales permiten al individuo encontrar significado y mantener su esperanza en situaciones difíciles (Lazarus & Folkman, 1986).

Las características formales de las situaciones que originan la posibilidad de amenaza, daño o desafío son la novedad, la predictibilidad y la incertidumbre del acontecimiento. Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño. El factor predictibilidad se ha estudiado extensamente en animales y los hallazgos obtenidos indican una preferencia de los sujetos por los estímulos predictibles. Sin embargo, el modelo animal no es el adecuado para entender el estrés psicológico de los seres humanos, en parte porque no considera las diferencias individuales en la evaluación y el afrontamiento. La construcción análoga en la conducta humana es el concepto de incertidumbre del acontecimiento, el cual introduce la noción de probabilidad. En los acontecimientos de la vida real, las observaciones anecdóticas sugieren que la incertidumbre máxima suele ser estresante, puede tener un efecto inmovilizador sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento y también puede provocar confusión mental. Han sido considerados tres factores situacionales temporales: la inminencia, la duración y la incertidumbre temporal del acontecimiento. Generalmente, cuanto más inminente es un acontecimiento más urgente e intensa es su evaluación. El concepto duración hace referencia al tiempo durante el cual tiene lugar un acontecimiento. La incertidumbre temporal se refiere al desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá (Lazarus & Folkman, 1986).

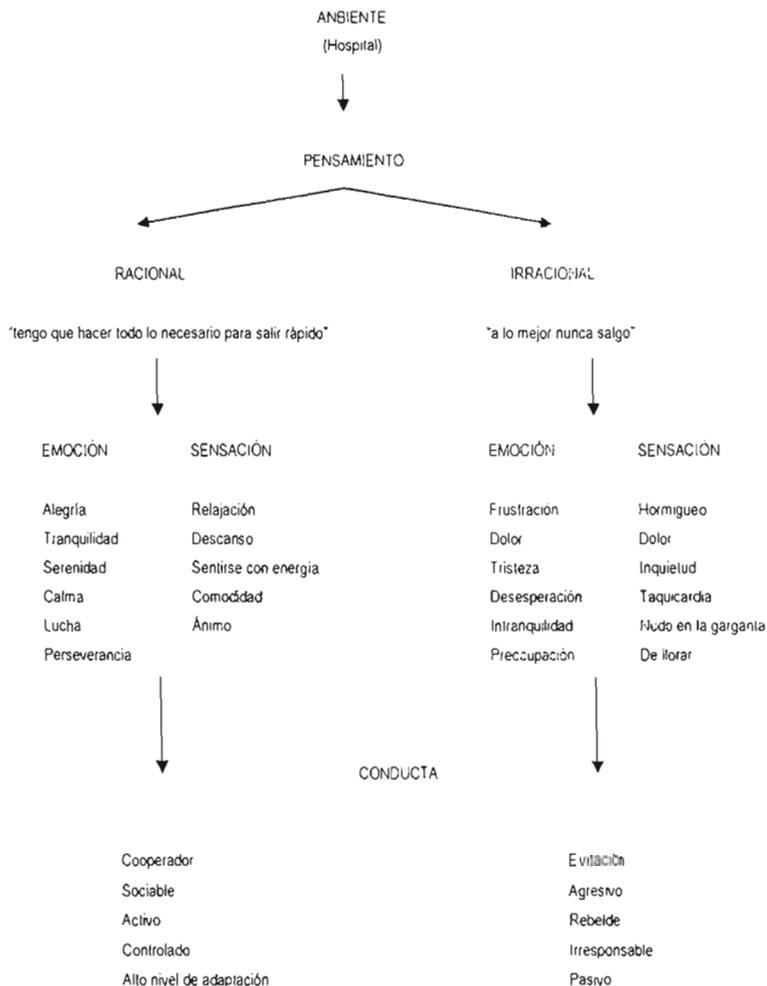
Lazarus definió el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Esta definición se orienta hacia el planteamiento de un proceso y no de un rasgo, por cuanto se refiere a lo que individuo realmente piensa o hace en un contexto determinado y a los cambios que se operan cuando el contexto cambia, además de esto incluye los esfuerzos necesarios para manejar las demandas estresantes, independientemente del resultado, esto significa que ninguna estrategia se considera inherentemente mejor que la otra (Lazarus & Folkman, 1986).

El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción) (Lazarus & Folkman, 1986).

El modo de afrontamiento de un individuo viene determinado por los recursos de que dispone (como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tiene una propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales (Lazarus & Folkman, 1986).

Los esfuerzos para ejercer control sobre las situaciones es sinónimo de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986).

Factores que intervienen en el proceso del estrés hospitalario



Alteración emocional debido a un procedimiento médico.

La hospitalización es ya en sí una experiencia que produce ansiedad y predispone al paciente a la depresión y al retraimiento; y cuando la enfermedad amerita estancia prolongada en cama, o cuidados intensivos que disminuyan física y emocionalmente la independencia y autosuficiencia del adulto puede determinar la regresión a un estado infantil, caracterizado por debilidad, pasividad y mayor dependencia; esta situación que culturalmente es aceptada en un individuo enfermo, es bien tolerada en los padecimientos agudos; tan es así que en ocasiones el médico la fomenta, ya que bajo estas condiciones el paciente se torna más obediente y cooperador.

Sin embargo esta situación se transforma en un problema cuando el padecimiento se prolonga y la regresión del enfermo llega a un estado de total desinterés e incapacidad para cooperar en su tratamiento, pareciéndole la enfermedad incurable y presentándose un estado depresivo con desesperanza, pérdida de control, de orgullo y autoestima; que entorpece el curso natural de la enfermedad (Calderón, 1989).

Se deben investigar seriamente los efectos que los hospitales tienen sobre el funcionamiento psicosocial de los pacientes y sus familias; ya que aparte el requisito de la solvencia (pago), los centros médicos exigen un grado de sumisión en los cuidados que obliga al paciente y a su familia a renunciar a su autonomía, la dinámica familiar queda alterada de muchas maneras, los médicos y las enfermeras, incluso cuando se trata de pacientes adultos, se convierten en figuras paternas; sólo cuando así lo establece específicamente el sistema, puede el enfermo cuidar de sí mismo. A los pacientes ingresados en el hospital se les aparta, de manera más o menos encubierta, de la tranquilidad física tan sencilla que pueden obtener de abrazos, caricias y contacto físico con sus familiares, el ritmo familiar y personal se alteran en la dirección y exigencias de los distintos horarios del centro médico; Hersh presenta la hipótesis de que una atención sensible a estas realidades; trabajando con las familias para mantener en lo posible su contacto activo con los pacientes y esforzándose con éstos para conseguir en cuanto sea posible su autonomía y control, tendrá efectos positivos en la realidad de vida que experimentarán todos los afectados. Se especula la hipótesis de que dicha actividad disminuirá por lo menos algunos pesimismo que lleva consigo el tratamiento (Hersh, 1989).

Algunos factores que provocan estrés dentro del hospital son:

- Falta de información
- Comentarios delante del paciente
- Desacuerdos en el equipo médico
- Esclarecimiento de confusiones en diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Procedimientos médicos invasivos

Los procedimientos **médicos invasivos** pueden describirse como cualquier técnica operatoria o diagnóstica que usualmente involucre el uso de instrumentos y requiera la penetración del tejido o la invasión por medio de un orificio del cuerpo; a menudo la gente se asusta de estos. Los miedos asociados pueden incluir: miedo al dolor, a la incomodidad, a lo desconocido, al cáncer, a la destrucción de la imagen corporal, la pérdida de autonomía y a la muerte. Las personas a menudo están temerosas de la hospitalización y de los procedimientos médicos invasivos porque la información que les han dado es insuficiente y se presenta de un modo que provoca ansiedad; los médicos y enfermeras no son siempre buenos comunicadores, y el tipo de información que presentan, así como la manera en que presentan está información, tiene un impacto sobre los sentimientos y actitudes del paciente.

La reacción ansiosa de un paciente al experimentar un procedimiento invasivo es uno de los principales factores que afectan los ajustes pre y post-operatorios. Robins (1987, en De L. Horne, Vatnamidis & Carieri, 1993) presenta un modelo interactivo de estrés y afrontamiento el cual define al estrés como "la interacción entre el individuo, sus recursos y aptitudes, y las demandas de la situación". Por consiguiente, a mayor demanda que perciba el individuo de la situación con respecto a sus habilidades de afrontamiento, mayor será el estrés psicológico experimentado; el afrontamiento incluye aquellos intentos (ya sea cognitivos o conductuales) que los individuos emplean para manejar las demandas impuestas por una situación dada.

Algunas pacientes que requieren procedimientos médicos invasivos pueden negar la necesidad del procedimiento o la posibilidad de las complicaciones que pueden surgir, así se alejan psicológicamente de las preocupaciones y la ansiedad relacionada con la situación (Levine et al.,

1987, en De L. Horne et al., 1993); aunque esto puede tener algunos beneficios para la paciente, interfiere con el aprendizaje de información relevante sobre los procedimientos quirúrgicos que experimentará, lo que a su vez, conducirá a un pobre cumplimiento de la rehabilitación después de los mismos; la negación también puede ser usada por los médicos quienes utilizan afirmaciones como "esto no le dolerá nada" cuando inyectan con una aguja. Levine et al. (1987, en De L. Horne et al., 1993) notaron que, en el corto plazo (días después de la cirugía), la negación guiaba a una mejor adaptación física; sin embargo, para funcionar adecuadamente en el largo plazo (semanas o años después de la cirugía) se necesitaban estrategias de afrontamiento que fueran aplicadas antes y después de la cirugía.

Linn, Linn y Klimas (1988, en De L. Horne et al., 1993) encontraron que pacientes que experimentaban más estrés antes de un procedimiento médico invasivo eran susceptibles a resultados quirúrgicos más pobres y a enfermedades infecciosas por una función inmunitaria suprimida debida al estrés. Estos autores sugirieron que la reducción de este estrés probablemente resulte en un mejoramiento en la función celular inmune y una mejor recuperación post-quirúrgica.

Los procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos pueden ser extremadamente estresantes para las personas y afectar adversamente su habilidad para afrontarlos, aún cuando los procedimientos no sean realmente amenazantes en un sentido médico o biológico (O'Hara et al., 1989, en De L. Horne et al., 1993).

Para cualquiera que pasa por una experiencia poco familiar o extraña es normal querer saber qué está pasando y cómo le afectará; si la persona no posee suficiente información que le ayude a comprender qué está sucediendo puede llegar a abrumarse emocionalmente y, en un contexto médico, emociones fuertes como miedo, ansiedad y enojo pueden crear que una persona sea incapaz de colaborar con doctores, enfermeras y otro personal médico e incluso perjudicar activamente su tratamiento, por ejemplo a través del incremento en el uso de anestésicos.

De este modo, la valoración de un paciente que será sometido a un procedimiento médico invasivo requiere atención cuidadosa sobre qué cree que le está pasando, sus ideas

acerca de la razón por la cual debe tener una operación, etc., su conocimiento acerca de la operación (por ejemplo, conoce a alguien más que la haya tenido) y su capacidad para entender y relacionar por sí mismo cualquier información que se le ofrezca; la ansiedad excesiva, la poca familiaridad con los ambientes y tratamientos médicos, sus antecedentes culturales y sociales, pueden afectar esta fase de preparación.

Los pacientes experimentan un número de reacciones emocionales antes y después de los procedimientos médicos invasivos. Estas incluyen ansiedad (como miedo al dolor, a los procedimientos médicos, incertidumbre acerca del futuro, etc.), depresión, enojo y problemas de adaptación post-operatoria (por ejemplo, expectativas con relación al funcionamiento personal). Algunos pacientes experimentan inutilidad aprendida: Esto se observa en pacientes que sufren una depresión que se inicia y se caracteriza por una pérdida de control sobre la situación que lo vuelve dependiente del personal médico y de otras personas significativas (pareja, hijos). Esta persona generalmente se siente impotente e inútil, no tiene suficiente motivación para responder racionalmente y describe el futuro como negativo (Blythe & Erdahl, 1986, en De L. Horne et al., 1993).

Las técnicas psicológicas se enfocan al alivio de los miedos asociados con los procedimientos médicos invasivos y la reducción del estrés psicológico; estas técnicas son dominadas fácilmente por el personal médico; además de reducir la angustia de pacientes y familiares, la preparación psicológica también anima a un mejor cumplimiento de las instrucciones dadas por el personal, acorta la estancia en el hospital y decremента la cantidad de medicamentos para aliviar el dolor (Wood & King, 1989, en De L. Horne et al., 1993).

El modelo de ajuste de Janis sugiere que existen 3 niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar en relación con los procedimientos médicos invasivos; los pacientes que son "moderadamente ansiosos" tienen la mejor recuperación; aquellos pacientes "extremadamente ansiosos" tienen una recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos, así que experimentan más dolor durante el procedimiento médico, así como post-operatorio. Los pacientes que no están del todo ansiosos acerca del procedimiento médico invasivo por el que van a pasar, también tienen una pobre recuperación

porque sus expectativas son irreales y optimistas; de ahí su pobre recuperación cuando el procedimiento médico invasivo es más doloroso de lo que esperaban (Wood & King, 1989, en De L. Horne et al., 1993).

Por lo tanto, la información y comunicación adecuadas son de vital importancia; los profesionales de la salud deben proporcionar información acerca de las sensaciones típicas que se pueden esperar durante y después del procedimiento médico invasivo; esto le permite al paciente desarrollar expectativas reales acerca del procedimiento y del nivel de dolor asociado; también, a quienes se les ha dado información adecuada generalmente reducen el estrés asociado con procedimientos médicos invasivos; en otras palabras, un paciente mejor informado (vía preparación psicológica) se recupera más rápido (Linn, Linn & Klimas, 1988; Webber, 1990, Mavrias, Peck & Coleman, 1990, Wallance, 1986; en De L. Horne et al., 1993).

Relación médico - paciente

Otro factor que afecta la reacción del paciente a procedimientos médicos invasivos es su relación con el médico. Los pacientes que se sienten indefensos necesitan recuperar alguna sensación de control y pueden conseguirlo equivocadamente siendo no adherentes; la desobediencia puede tomar la forma de retención de información desde el punto de vista del médico; dado que el profesional está en una posición de poder, su deber es hacer sentir al paciente cómodo para asegurar su adherencia; esto puede conseguirse a través de una comunicación sincera y abierta con él explicándole lo que está sucediendo y le sucederá; generalmente a los estudiantes de medicina se les enseña a valorar el lado científico de la medicina y no lo suficiente acerca de los pacientes y sus necesidades (DiMatteo & DiNicola, 1982; en De L. Horne et al., 1993).

Una queja frecuente de los pacientes es la falta de información dada por los doctores y la naturaleza compleja e intimidante del lenguaje usado (Blythe & Erdahl, 1986, en De L. Horne et al., 1993); para evitar conflictos entre el paciente y el doctor respecto al control de la información (por partes iguales) y para terminar con el incumplimiento del paciente, lo cual lleva a una recuperación menos exitosa, se requiere de un apropiado nivel de comunicación. No todos los médicos pueden aplicar las habilidades de comunicación verbal y no verbal necesarias y por esto se sugiere que

éstas sean enseñadas; para maximizar la efectividad de la comunicación, los médicos y otros profesionales de la salud necesitan saber cómo se valora psicológicamente a un paciente y cómo comunicarse efectivamente con él para reducir la ansiedad y la ignorancia y construir en el paciente un conocimiento y habilidades que optimicen los resultados.

Las fobias médicas son bastante comunes, especialmente a las inyecciones (Agras, Sylvester & Oliveau, 1969; Taylor & Wermouth, 1977; en De L. Horne et al., 1993) e ir al dentista; algunas personas pueden tener tal miedo a los médicos que evitan la búsqueda de ayuda, a veces con fatales consecuencias; por ejemplo, una mujer que detecta una protuberancia en su pecho pero que no va a chequearse por su miedo a los médicos y hospitales, o una mujer con vaginismo que no admite una examinación vaginal para detectar un cáncer cervical. Una buena definición de fobia es la ofrecida por Marks (1975, en De L. Horne et al., 1993): Una fobia es una forma especial de miedo la cual I) está desproporcionada a las demandas de la situación; II) no puede ser explicada o justificada; III) está más allá del control voluntario; y IV) conduce a la evitación de la situación que produce miedo.

La cuestión acerca de la manera en que se desarrollan tales miedos y fobias es una pregunta compleja que ha sido objeto de múltiples investigaciones; ciertamente las experiencias traumáticas previas en escenarios médicos son un importante factor, pero a menudo los clínicos no preguntan a sus pacientes acerca de esto; sin embargo, no todo proviene de experiencias traumáticas; la simple ignorancia y la poca familiaridad con los médicos, clínicas y hospitales pueden guiar al miedo a lo desconocido; también, observar a otros expresar miedo en escenarios médicos o hablar sobre miedos o fobias médicas pueden llevar indirectamente el desarrollo de una ansiedad hacia tales situaciones.

Aún sin que la ansiedad esté presente de manera abierta, el paciente en quien se está llevando a cabo el procedimiento quirúrgico, permanece pasivo en una relación de dependencia del cirujano, médico, dentista, enfermera, etc.; la manera en que los individuos reaccionan a esto refleja su percepción de control; si un paciente siente que no tiene control sobre lo que está pasando, se sentirá más temeroso que si siente que tiene algún control; por esto, el clínico necesita fortalecer esta sensación en el paciente y no reducirla, como a menudo sucede si este es tratado como objeto

o un caso; sin embargo, estas cuestiones del control percibidas son complejas y esta percepción de control puede variar a lo largo de muchas dimensiones tales como la interna (la persona tiene un fuerte sentido de internalidad, de tener el control de lo que le sucede y puede tomar decisiones por sí mismo), externa (donde fuerzas externas tales como el poder de otros, por ejemplo; médicos, tienen el control sobre ellos mismos) y la suerte (donde el control es cosa del destino, suerte o algo predeterminado).

Con el objeto de saber cómo percibe el paciente estas cuestiones, el médico u otro clínico deberá tener una comunicación afectiva con él; esto significa que ambos sean capaces de preguntar, poner atención a los signos no verbales de ansiedad, por ejemplo: postura, titubeos en el lenguaje, etc. y para animarlo a no sentirse culpable de expresar sus miedos y preocupaciones ni de hacer preguntas, las cuales sin un estímulo de simpatía, tal vez no hagan por miedo a parecer tontos, ignorantes, irrespetuosos o por hacerle perder el tiempo al médico.

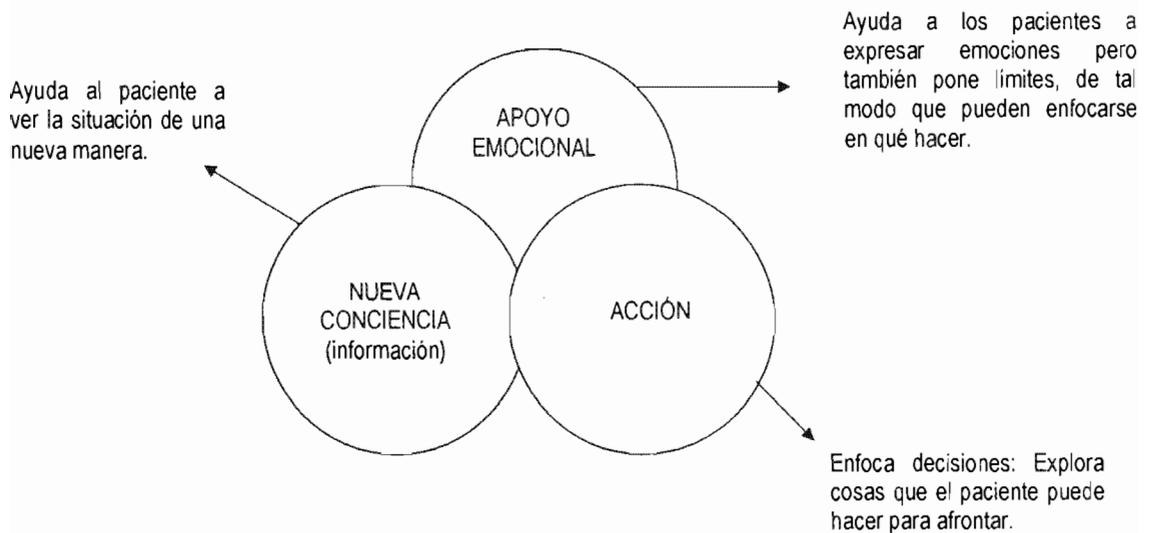
Los elementos que pueden ayudar a tener una buena **comunicación** Médico-paciente son:

1. Proporcionar una adecuada explicación e información.
2. Desarrollar una alianza médico paciente con respecto al plan de tratamiento
3. Escuchar con interés, dar apoyo y confianza.
4. Monitorear junto con el médico y las enfermeras síntomas de problemas psicológicos
5. Estar consciente de otros recursos de apoyo psicosocial

Los médicos son los responsables de la obtención del consentimiento para los procedimientos invasivos, lo que incluye una **información** de las razones del procedimiento y los posibles resultados y efectos; la mayoría de los pacientes adultos desean ser informados en detalle acerca de los procedimientos que van a llevarse a cabo; la cuestión aquí es cuanta información debe presentar un doctor u otro profesional de la salud para obtener el consentimiento; para que una acción legal acerca de la negligencia sea exitosa, debe haber pruebas de daño en el paciente. Recientemente, se ha sugerido que la necesidad primaria del paciente es tener suficiente información para considerar los pros y los contras para tomar la decisión de seguir adelante con el procedimiento o no, a la luz de sus planes y valores; pero también se ha discutido que dar

información para cumplir un requisito legal quizá ponga en peligro el bienestar del paciente, así como, que puede llegar a asustarlo demasiado para aceptar el procedimiento (Anderson, 1987, Wallance, 1986; en De L. Horne et al., 1993).

Además de la relación médico-paciente y la información, existen algunos otros **factores que ayudan a afrontar** el estrés hospitalario como son:



Redes de apoyo y enfermedad

El hombre es un miembro de un sistema familiar y social que debe adaptar sus acciones, ya que se encuentran regidas por las características de su propio sistema. La unidad familiar es producto de una evolución y así como en el desarrollo de un individuo se presentan crisis decisivas también durante el ciclo de vida de la familia, en donde la unión de esta se debilita o fortalece.

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal, en un miembro de la familia constituye un cambio radical en el interior de esta y también un cambio en su entorno. Frecuentemente el dolor es reforzado por tensiones familiares o usado como una forma de comunicación (expresión de angustia o el bloqueo de necesidades emocionales).

Los cambios que se producen en el interior de la familia dependen:

- De las características propias de cada familia
- De la etapa en que esta se encuentra
- Del momento de la vida del paciente
- Del lugar que ocupe en la familia
- Del pronóstico de la enfermedad
- De los tratamientos.

Entre las disfunciones que más se detectan en las interacciones interpersonales de las pacientes y su familia se pueden mencionar las siguientes:

- Déficit de comunicación.
- No comprensión y /o aceptación del diagnóstico y tratamiento
- Confusión, ansiedad e incertidumbre
- Negación del padecimiento, principalmente cuando este se prolonga
- Conflictos y desacuerdos en la relación conyugal parental y fraterna que dificultan e impiden el tomar decisiones y actuar en la forma adecuada.
- Jerarquías y roles difusos
- Invasión de límites
- Preocupaciones económicas.

Los resultados muestran como la red social del paciente, puede llegar a potenciarse para lograr la rehabilitación del paciente, de manera que no se perpetúen los patrones relacionales que se dan al interior de los sistemas que conforman la red y que son mantenedores de la patología.

Preparación cognitivo – conductual

La preparación cognitivo – conductual favorece la recuperación post-operatoria de dos formas; primero, reduciendo directamente la ansiedad y el miedo de los pacientes antes de la operación; segundo, entrenando al paciente para utilizar estrategias de afrontamiento cognitivo-

conductuales para reducir la ansiedad antes y después de la operación; las ventajas de este segundo factor son que uno puede explicar los efectos de la preparación, los cuales son diseñados inicialmente para reducir la ansiedad post-operatoria directamente, y uno puede predecir cual preparación es más adecuada para los pacientes con estilos de afrontamiento particulares (La Montagne, 1987, Eisendrath, 1987; en De L. Horne et al., 1993).

Aunque la terapia cognitiva fue inicialmente desarrollada con pacientes externos, el modelo cognitivo ha sido hallado adaptable para su uso en medio hospitalario. Algunas de las ventajas de TC para ser aplicada a pacientes internados incluyen las siguientes: 1) formatos de períodos cortos; 2) definiciones claras de los procedimientos; 3) un modelo de tratamiento que puede ser entendido y utilizado por un equipo multidisciplinario; 4) compatible con tratamientos somáticos; 5) evidencia empírica de efectividad en el tratamiento de la depresión, Trastornos de ansiedad, Trastornos alimenticios y otros problemas clínicos frecuentes observados en pacientes hospitalizados; 6) eficacia en períodos cortos de tratamiento (Stuart, Wright, Thase and Beck, 1997).

Los métodos de preparación cognitivo – conductual incluyen relajación, estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales (tales como reenfoque de la atención, autoinformes, videos o modelamiento en vivo y diseminación de la información acerca del procedimiento médico invasivo; todos estos se han encontrado que son métodos efectivos para usarse en la preparación psicológica de los pacientes para procedimientos médicos invasivos (Smith, Acherso, y Blotcky, 1989, Timko y Janoff-Bullman, 1985; en De L. Horne et al., 1993).

Los pacientes que son preparados pobremente o que usan estrategias de afrontamiento mal adaptativas llegarán a estar ansiosos, enojados y deprimidos al afrontar su enfermedad; de tal modo, la meta final de la preparación cognitivo conductual es la recuperación rápida y menos dolorosa. Algunas técnicas conductuales que se han encontrado que son efectivas incluyen las siguientes: técnicas de relajación y retroalimentación biológica aplicadas a la recuperación del trauma psicológico de la histerectomía (Lobb, Shannon, Recer y Allen, 1984; en De L. Horne et al., 1993); relajación con imaginación guiada sobre la respuesta psicofisiológica al estrés y a la curación de heridas de pacientes quirúrgicos (Holden-Lund, 1988; en De L. Horne et al., 1993).

A continuación se explican brevemente dos de las estrategias de afrontamiento cognitivas conductuales más comunes:

A) Para las técnicas de **relajación** se puede enseñar el control de la respiración, la imaginación, y la relajación muscular progresiva.

El objetivo de la relajación consiste en eliminar el estrés excesivo que puede estar interfiriendo con el funcionamiento óptimo de un individuo. La relajación es un método de autocontrol, es un proceso activo de habilidades de afrontamiento que debe ser aplicado y practicado en la vida diaria en el que el individuo debe aflojarse o dejarse llevar.

Ejercicio de imaginaria

Siéntese cómodamente en una silla apoyando los pies en el suelo. Coloque los brazos y manos a los lados de su cuerpo, déjelos caer de manera natural.

Ahora deje pasar el aire por la nariz y mientras lo hace, imagínese cómo el aire entra por su nariz y déjelo salir por la boca. Nuevamente repita el mismo ejercicio imaginándose el color del oxígeno, la cantidad, la forma y como va entrando lentamente por su nariz como si fuera un pedazo de nube suave y ligera que entra por su nariz y llega a sus pulmones. El oxígeno que no necesita déjelo salir, déjelo que se vaya, que vaya saliendo por sus labios, sienta el movimiento de sus labios de cómo el aire los mueve. Como levanta el labio superior y el labio inferior.

Continúe respirando tan lento y profundamente como lo está haciendo, mientras trae a su memoria el recuerdo de un lugar que le agrada, que le guste, siga trayendo a su memoria los objetos que tiene (puede ser agua, plantas, flores, árboles, nubes). También traiga los colores del lugar, visualice nitidamente la intensidad de los tonos. Vuelva a recordar los ruidos, los olores del lugar y la temperatura, mientras sigue respirando lento y profundamente. Puede estar sólo o acompañado.

Continúe visualizando este lugar, ahora de preferencia escoja uno de los objetos de este lugar, seleccione el que más le guste, visualice su tamaño, su forma, su textura, su color, recuerde

su olor; mientras continúa respirando nuevamente, disfrute de las sensaciones que le producen estos recuerdos.

Ahora incorpórese lentamente, abra sus ojos y comente sus experiencias.

- B) El **modelamiento** implica que el paciente experimente indirectamente la situación de miedo sin que esto resulte negativo de algún modo, mirando a alguien más directa o indirectamente por medio de películas o videos, llevando a cabo ciertas actividades las cuales el observador trata de copiar: Para que el modelamiento funcione el paciente tiene que ser capaz de relacionar al modelo (es decir, sentir algún apego al modelo) esto incluye que el modelo sea similar al paciente en sexo, edad, raza y antecedentes sociales; otro tipo de modelo puede ser alguien que posee algún prestigio, así para los niños en particular la figura de un héroe con quien se identifican puede ser un poderoso modelo. La esencia del modelamiento es que el modelo pasa por el procedimiento mientras el paciente observa; existen al menos 2 maneras importantes de cómo se puede comportar el modelo en un escenario médico.
- a) La primera, es tener un modelo que se enfrente como si no hubiera ninguna dificultad; esto es conocido como un “modelo maestro”; la literatura muestra que este no es un modelo muy efectivo para utilizarse en un escenario médico.
 - b) Un mejor modelo es uno de afrontamiento; en donde se muestra la misma ansiedad que el paciente experimenta y describe cómo afronta con los procedimientos invasivos sin llegar a estar miedoso o con pánico y teniendo un sentimiento de control; el modelo puede ser vivo o simbólico. Por ejemplo, filme, video o caricatura; si la facilidad del video está disponible entonces los expacientes pueden hablar de sus experiencias y de cómo las afrontaron; pueden incluso ser presentados en el escenario de la operación, etc., mientras describen cómo se sentían y como lo llevaron a cabo; para procedimientos simples, un modelo vivo puede ser usado fácilmente; sin embargo se debe tener cuidado, por que se puede salir de control y tener un ataque de pánico o ansiedad de tal modo que hay ventajas al usar un modelo simbólico.

Derechos de los pacientes

Una especificación más detallada de la calidad de la atención percibida como conductas y relaciones normativas, según propuesta de Donabedian (1968; en Donabedian, 1991):

- I. Conducta del médico
- II. La relación paciente proveedor.

A) Algunos atributos del contenido de la relación proveedor – paciente:

1. Mantener la máxima autonomía posible del paciente en cuanto a libertad de acción y movimiento (especialmente crítica para pacientes hospitalizados)
2. Mantener la comunicación y los lazos familiares y comunitarios (especialmente crítica para pacientes hospitalizados)
3. Una relación equitativa al máximo grado posible.
4. Una participación activa del paciente, al máximo grado posible, a través de:
 - a) Compartir conocimientos acerca del estado de la salud
 - b) Compartir la toma de decisiones
 - c) Participar en el cumplimiento del régimen terapéutico
5. Mantener la empatía y el rapport, pero sin implicación emocional indebida del proveedor.
6. Mantener una relación de apoyo, pero sin estimular una dependencia indebida
7. Mantener una actitud neutral, no condenatoria, hacia los valores morales o de otro tipo del paciente.

8. Limitar la influencia del proveedor a los límites de sus funciones sociales legítimas
9. Evitar la explotación económica, social o sexual del paciente.
10. Mantener la dignidad e individualidad del paciente
11. Mantener la privacidad.
12. Mantener la confidencialidad.

Declaración de Lisboa sobre los derechos del paciente

Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981.

Reconociendo que puede haber dificultades prácticas, éticas o legales, un médico debe siempre obrar de acuerdo con su conciencia y siempre por el supremo interés del paciente. La presente Declaración representa algunos derechos principales que la profesión médica procura brindar a los pacientes. Cuando la legislación o el accionar del gobierno niega esos derechos, los médicos deben procurar asegurarlos o restituirlos por los medios correspondientes.

- a) El paciente tiene derecho a elegir a su médico libremente.
- b) El paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que puede emitir libremente juicios clínicos y éticos sin interferencias externas.
- c) El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar un tratamiento, después de haber recibido la información correspondiente.

- d) El paciente tiene derecho a esperar que su médico respete el carácter confidencial de sus datos médicos y personales.
- e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad.
- f) El paciente tiene derecho a recibir o rechazar el consuelo moral y espiritual incluso la asistencia de un sacerdote de una religión determinada.

Clasificación DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)

Reacciones a estrés agudo

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de las personas queridas, o un cambio brusco y amenazador del entorno.

Es importante considerar la vulnerabilidad y capacidad de adaptación individuales.

- Debe haber relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante y la aparición de los síntomas
- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. Depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, horas, en los casos en que es posible apartar al enfermo del medio estresante, cuando la situación es continua o irreversible los síntomas comienzan a apagarse después de 24 o 48 horas.

Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivos acompañados de alteraciones emocionales que interfieren con la actividad social y aparecen en el periodo de adaptación social, y aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital importante estresante.

Sintomas:

- Humor depresivo, ansiedad, preocupación (o mezcla de todas ellas) sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, planificar el futuro, de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de cómo se lleva a cabo la ruina diaria.

REACCIÓN DEPRESIVA BREVE: Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de 1 mes.

REACCIÓN DEPRESIVA MODERADA: Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a un situación estresante, pero cuya duración no excede a los 2 años.

REACCIÓN MIXTA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: Los síntomas de ansiedad y depresión son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto.

Clasificación CIE 10 (Trastornos Mentales y del Comportamiento)

Reacción a estrés agudo

Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta aun estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas o a un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo. El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos.

También juegan un papel importante en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia o a una agitación o hiperactividad. Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico. Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia total o parcial para el episodio.

Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presenta a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque alguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en una pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Este diagnóstico no debe utilizarse en individuos que tuvieran previamente síntomas que satisfagan pautas para otros trastornos psiquiátricos con la excepción de trastornos de la

personalidad. Sin embargo, antecedentes de trastornos psiquiátricos en el pasado no invalidan este diagnóstico.

Trastornos de adaptación

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales. El agente estresante puede afectar sólo a un individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo importante, por una predisposición o vulnerabilidad individual. Sin embargo, hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante. Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada. Si la duración de los síntomas persiste pasado este período de tiempo, el diagnóstico debería modificarse de acuerdo con el cuadro clínico presente y cualquier estrés mantenido puede codificarse mediante otros códigos.

Los contactos con servicios médicos y psiquiátricos a causa de reacciones de duelo normales, adecuados a la cultura del individuo y que no excedan los seis meses de duración no deben codificarse de acuerdo a la codificación de este código. Las reacciones de duelo de cualquier duración que se consideren anormales por sus manifestaciones o contenido deben codificarse en este rubro, así como aquellas que sean más intensas y duren más de seis meses.

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico depende de la evaluación cuidadosa de las relaciones entre:

- a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.
- b) Los acontecimientos y la personalidad.
- c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

La presencia de este último factor debe ser clara, y debe ser evidente o al menos existir la presunción de que el trastorno no habría aparecido sin la presencia de ellos. Sin el agente estresante es relativamente poco importante o si no puede ser demostrada una relación temporal (menos de tres meses), el trastorno debe ser clasificado en otra parte, de acuerdo con sus manifestaciones clínicas.

Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional: reacción depresiva breve, reacción depresiva prolongada, reacción mixta de ansiedad y depresión, con predominio de alteraciones de otras emociones, con predominio de alteraciones disociales, con alteración mixta de emociones y disociales, otras reacciones a estrés graves y reacción a estrés grave sin especificación.

OBJETIVOS GENERALES

1. Evaluar los niveles de ansiedad del paciente, los conocimientos sobre su enfermedad y tratamiento y las habilidades con las que cuenta para participar activamente dentro su proceso de tratamiento y recuperación.
2. Brindar a los pacientes seleccionados herramientas y procedimientos cognitivos y conductuales de preparación a las técnicas médicas invasivas, por medio de un curso-taller.
3. Evaluar la efectividad clínica de tales herramientas y procedimientos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reducir niveles de ansiedad en las pacientes y de esta manera ayudar a incrementar su cooperación al personal de salud.
2. Ayudar a reducir tiempos y recursos en la recuperación de las pacientes.
3. Mejorar la relación paciente-médico y así reducir las fobias médicas.

METODOLOGÍA

Técnica expositiva, participativa y juegos vivenciales.

DURACIÓN

15 horas

DIRIGIDO A:

Pacientes de estancia prolongada del Hospital de la Mujer, SSA.

NÚMERO DE PARTICIPANTES

Mínimo 18 y máximo 30 pacientes

TEMARIO

1ª parte. Consecuencias Emocionales

- Alteración emocional debido a los procedimientos médicos.
- Alteración emocional debido a una complicación médica y efecto de esta sobre el tiempo de estancia (T. Adaptativo y reacción a estrés).
- Alteración emocional por estar sometida a procesos médicos invasivos (curaciones, inyecciones, canalizaciones, etc.).

2ª parte. Mecanismos de Afrontamiento

- Información
 - Derechos de las pacientes
 - Qué información debo tener
 - Cómo obtenerla
 - Cómo proporcionarla
- Relación médico-paciente
 - Actitud médico-paciente
 - Actitud paciente-médico
- Redes de apoyo
 - Familiares y amigos

- Otras pacientes
- Personal médico
- o Técnicas cognitivas conductuales
 - Modelamiento
 - Relajación

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Calderón, N. (1989). *Depresión; causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas.
- Cárdenas, G., Vite, A., Aduna, A., Echeverría, L. & Ayala, H. (1993). Estrés y estilos de afrontamiento en bebedores excesivos de alcohol. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 6 (1) (2), 195-205.
- De L. Horne, D., Vatnamidis, P. & Careri, A. (1993). *Preparation for invasive procedures. Behavioral science learning modules*. Geneve: WHO [(Trad. al español: Rojas-Russell, M. (1999). *La preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: Aspectos cognitivos y conductuales*. Documento de trabajo no publicado].
- Donabedian, A. (1991). *La Calidad de la atención médica; definición y métodos de evaluación*. México: La Prensa Mexicana.
- Hersh, S. (1989). Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer. *Psycho-oncology*, 3.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. España: Martínez Roca.
- Mundo Médico. (1996). Curación de heridas y estrés. *Infectología*, 16 (8), 322-323.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Forma.
- Rivera, A., Vollmer, P., Aravena, R. & Carmona, A. (1985). Escala de evaluación del reajuste social de Holmes y Rahe: validación para una población de estudiantes y empleados chilenos. Estudio piloto. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 22 (1), 113-123.

Stowe, Z. & Nemeroff, C. (1996, Agosto). Mujeres con riesgo de depresión mayor de inicio en el post-parto. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 632-639.

Stuart, S., Wright, J., Thase, M. & Beck, A. (1997). Terapia Cognitiva con pacientes internados. *General Hospital Psychiatry*, 19, 42-50.